



TRABAJO FIN DE GRADO

El acompañamiento espiritual en Enfermería.

Revisión narrativa.

Autora: Cristina López Crespo

Tutora: Dra. María Teresa González Gil

4º Grado en Enfermería

Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.

Mayo de 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a Teresa por su ilusión, entrega y compromiso desde el primer día, siendo un ejemplo a seguir para mí como profesora, profesional y persona. Gracias por confiar en mí y querer realizar una tarea tan bonita.

Gracias a mi familia, principalmente a mi madre, mi padre y mi hermano, por estar ahí aún con mis altibajos y mis idas y venidas. Gracias por calmarme y por animarme día tras día, por aguantar mis momentos de estrés y tensión y recibirme con una sonrisa y un abrazo siempre que lo he necesitado.

Gracias a Rodrigo, por permanecer a mi lado a pesar de mis disgustos y mis enfados, por alegrarme y darme fuerzas para continuar, por ser mi compañero de vida.

Gracias a mi estrella, que desde el cielo siempre me sigue y me apoya, por ser mi ejemplo de fortaleza ante la vida y la muerte.

Por último, gracias a la rítmica y a mi familia ritmiquera, por ser siempre mi fuente de distracción y por enseñarme los valores que hoy me definen: pasión, constancia y superación.

RESUMEN

Introducción: El cuidado espiritual es la base de la práctica holística enfermera. Además, la espiritualidad es una dimensión del ser humano que aspira al sentido, la plenitud y la integridad mediante interrogantes sobre su propia existencia. Estas preguntas se traducen en forma de necesidades espirituales, las cuales deben ser abordadas para evitar el sufrimiento espiritual. El acompañamiento espiritual se muestra como una posible intervención para satisfacer estas necesidades.

Objetivo: Conocer las recomendaciones existentes sobre el cuidado espiritual y el acompañamiento hacia la trascendencia de personas que padecen sufrimiento espiritual para mejorar su calidad de vida y/o asegurar una muerte digna.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN y Dialnet. Se emplearon artículos pertenecientes fundamentalmente a los últimos 10 años y la mayoría eran de acceso libre. A continuación, se realizó una lectura crítica de los artículos mediante la guía CASPe. Finalmente, fueron elegidos 24 artículos.

Resultados: Ante situaciones vitales complejas (enfermedad o muerte) el ser humano desarrolla una serie de necesidades espirituales: sentido, propósito, amor, compañía, apoyo, creencias, fe, paz y esperanza. Estas necesidades deben ser evaluadas a través de escalas y herramientas que demuestren su validez y serán abordadas mediante intervenciones relacionadas con la comunicación, la creatividad, la naturaleza, los sentidos, la energía y el ejercicio.

Discusión y conclusiones: Se considera necesaria la formación de los profesionales y futuros enfermeros para abordar las necesidades espirituales y sustentar un cuidado holístico e integral de manera individualizada.

Palabras clave: espiritualidad, enfermería holística, cuidados paliativos, evaluación de necesidades, terapias espirituales.

ABSTRACT

Introduction: Spiritual care is the base of holistic nursing practice. In addition, spirituality is a human being dimension that aspires to meaning, fullness and integrity through questions about its own existence. These questions are translated into spiritual needs, which must be addressed to avoid spiritual suffering. Spiritual accompaniment is shown as a possible intervention to meet these needs.

Objective: To explore the evidence based recommendations on spiritual care and the accompaniment to transcendence of spiritual suffering people to improve their quality of life and/or ensure a dignified death.

Methods: A narrative review was carried out by searching in PubMed, CINAHL, CUIDEN and Dialnet databases. Articles from the last ten years were mainly used and the majority of them were free full text. Finally, a critical reading of the articles was made by CASPe guide. Finally, 24 articles were chosen.

Results: In complex life situations (illness or death) the humans develop a set of spiritual needs such as meaning, purpose, love, company, support, beliefs, faith, peace and hope. These needs must be assessed by validated scales and tools and they will be addressed through communication, creativity, nature, senses, energy and exercise.

Discussion and conclusions: It is necessary to qualify professionals and future nurses to address spiritual needs and provide a holistic, integral and individual care.

Key words: spirituality, holistic nursing, palliative care, needs assessment, spiritual therapies.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. METODOLOGÍA	13
3. RESULTADOS	15
3. 1. Bloque 1. Necesidades espirituales emergentes.	15
3. 2. Bloque 2. Herramientas o instrumentos de valoración.	20
3. 3. Bloque 3. Intervenciones enfermeras.	23
4. DISCUSIÓN	27
5. CONCLUSIONES	31
6. BIBLIOGRAFÍA	32
7. ANEXOS	36
Anexo 1. Términos en lenguaje documental.	36
Anexo 2. Sentencias de búsqueda en las bases de datos.	37
Anexo 3. Ejemplo de lectura crítica.	38
Anexo 4. Principales resultados de los artículos incluidos en la revisión narrativa.	40
Anexo 5. Plantilla de diseño de casos para simulaciones de paciente de alta fidelidad (máscaras de silicona).	45
Anexo 6. DVD adjunto del vídeo de la simulación.	48

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una ciencia de la rama sanitaria orientada a proporcionar cuidados y prestar atención a las personas que así lo precisan. El cuidado es la esencia de la actividad enfermera y este arte del cuidar es una acción tan antigua como la humanidad misma. La definición del arte es una de las cuestiones más relevantes, y a su vez complejas, en el campo de la Estética y también en el de la Enfermería. Se afirma que la disciplina enfermera es, al mismo tiempo, un arte y una ciencia ya que *“el arte de la enfermería puede ser el proceso por el cual surge la enfermería como forma de arte, pero también el proceso por el cual la enfermería se expresa como ciencia”* [1].

Rose y Parker (1994) señalaron la importancia de una visión integradora de la Enfermería como arte y ciencia, expresada mediante la experiencia única y compartida del profesional. Es importante que el profesional considere lo que se entiende por arte tal y como se expresa desde su propia disciplina. Así, se dice que el arte del cuidar, es decir, el arte de la Enfermería *“es el uso creativo intencional de uno mismo, basado en el conocimiento y la experiencia, para transmitir emoción y significado al otro”* [1].

A partir del siglo XVIII observamos un sistema sanitario impregnado por un modelo biomédico en el que *“el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad”* [2]. Frente a este, surge el holismo como un nuevo paradigma capaz de preservar el humanismo y la integralidad propia del individuo, pues se concibe que no tiene sentido cuidar la parte corporal de la persona si descuidamos su parte espiritual, su alma: *“no tiene sentido curar el cuerpo si destruimos el alma”* [3]. La palabra holismo deriva de la palabra griega “holos”, que significa entero, mientras que los términos curación y salud provienen de la palabra griega “hale”, lo cual hace referencia a constituir un todo. Por lo tanto, holismo, curación y salud son conceptos interrelacionados en la literatura enfermera.

La *American Holistic Nurses Association* (1992) define la Enfermería Holística como *“ese estado de armonía entre la mente, el cuerpo, las emociones y el espíritu en un entorno en constante cambio”* [3]. Esto se traduce en la consideración de la persona como un todo, dando valor a la preocupación por la interrelación entre el cuerpo, la mente y el espíritu, promoviendo el bienestar psicológico y fisiológico, así como el fomento de las relaciones socioculturales en un entorno en constante cambio.

“Para que el holismo tenga lugar, es necesaria una auténtica relación enfermera/paciente, basada en la confianza mutua y la comprensión. La enfermera requiere conocimiento, experiencia y buenas habilidades de comunicación efectivas.”

[3]. La enfermería holística se basa en el conocimiento, las fuentes teóricas, la experiencia y la intuición, todo lo cual se puede desarrollar a través de la práctica reflexiva. Sin embargo, se puede lograr el cuidado espiritual simplemente estando presente o escuchando atentamente al prójimo.

El paradigma holístico conduce a consecuencias tanto positivas como negativas para el paciente y el profesional enfermero. Si bien es cierto que el holismo implica cierta intromisión en la vida de la persona y puede desencadenar cierto agotamiento emocional, también permite el desarrollo y la satisfacción personal y profesional y el aumento de la fortaleza, empoderamiento y habilidades de afrontamiento del paciente. Igualmente, nos posibilita crear un sistema de salud centrado en la persona, siendo valorada y asistida de manera individual.

El holismo se relaciona con la interdisciplinariedad del cuidado de la persona y se define de la siguiente manera: *“El cuidado holístico enfermero abarca la mente, el cuerpo y el espíritu del paciente, en una cultura que respalda una relación terapéutica enfermera/paciente, que da como resultado integridad, armonía y curación”* [3]. El cuidado holístico está dirigido por el paciente y se orienta hacia una atención individualizada, cuidando así al paciente como un todo.

En siglo XIX Florence Nightingale comenzó a incorporar el paradigma holístico a la práctica enfermera. De aquí en adelante, autoras como Martha Rogers, Betty Neuman, Patricia Iyer, Jean Watson, Hildegard Peplau o Callista Roy, entre otras, realizaron aportaciones a la visión del cuidado holístico en Enfermería. *“Cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno”* [4].

Por todo ello, para brindar un cuidado único, íntimo y de calidad se debe considerar a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual que se encuentra en continua relación con su entorno familiar, social, cultural... Además, *“es importante tener en*

consideración que la dimensión espiritual se concibe como el conjunto de creencias personales sobre el significado y el propósito de la vida, por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, trascendente y en armonía interna con su yo, que le permite experimentar lo sagrado” [5]. En la literatura se señala que el cuidado espiritual es la base de la práctica holística enfermera: “la atención espiritual ha sido reconocida como el elemento central, el componente esencial y la piedra angular de la práctica holística enfermera. La espiritualidad es más grande que otras dimensiones de los seres humanos, mientras que al mismo tiempo los integra a todos” [6].

Resulta evidente preguntarse qué es la espiritualidad y cómo se construye la dimensión espiritual. Existe una falta de claridad conceptual sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual, al igual que hay evidencia sobre la disparidad, vaguedad y ambigüedad de estos conceptos. Según un Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la **espiritualidad** es “*la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia*” [7]. Se trata de una aspiración al sentido, la plenitud, la coherencia, la integridad... la cual le da impulso para cuestionarse interrogantes existenciales. Por lo tanto, el ser humano “*se compone de una naturaleza material o corporal y otra espiritual que aunque unidas e inseparables tienen actividades que desarrollan de un modo más específico una u otra dimensión*” [8].

El cuidado de la espiritualidad “*se basa en el amor incondicional de los seres humanos y afirma el valor único de cada individuo y sus necesidades espirituales*” [6]. Para proporcionar buenos cuidados espirituales es importante atender a las creencias culturales de la persona, su estado físico, sus pensamientos y emociones, al igual que la relación que establece con el entorno. El profesional, por lo tanto, debe ser capaz de ofrecerle esta ayuda ya que, el cuidado espiritual “*alienta las habilidades de espera del paciente; le da un significado real a sus vidas; trasciende más allá de las fronteras físicas; fomenta la armonía y la relación con uno mismo, Dios y los demás; ayuda a los pacientes a encontrar significado en la experiencia de la enfermedad; fortalece la confianza y la creencia en el ser supremo; ayuda a reordenar las prioridades de la vida; y promueve el desarrollo de comportamientos útiles significativos*” [6].

Sin embargo, no debemos confundir la espiritualidad con la religión. *“Mientras que la religión supone la pertenencia a una comunidad concreta, la espiritualidad se refiere a la capacidad íntima del ser humano de buscar el propósito y sentido de su existencia”* [7]. No son términos sinónimos, aunque la religión pueda ser para muchas personas un vehículo de expresión de su espiritualidad. *“La dimensión espiritual, pues, abarca la dimensión religiosa, la incluye en parte”* [9]. Por lo tanto, la persona, ya sea creyente o no, desarrolla un conjunto de estrategias para hacer frente a esa situación.

Las personas creyentes pueden tener una capacidad de afrontamiento adicional derivada de diversas prácticas religiosas personales y/o grupales. Estas estrategias de afrontamiento espiritual tienen que ver con la oración, rituales religiosos, lectura de textos sagrados, asistencia a la Iglesia, comulgar... A través de estas, el paciente siente el poder de aumentar su conocimiento y comprensión de la vida y al apreciar más el amor y apoyo de los que les rodeaban. Así, la relación con uno mismo, con los demás y con un poder superior puede contribuir a la adaptación a la situación. *“Las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia son: esperar que las cosas mejoren, rezar y confiar en Dios, mantener el control de la situación, analizar el problema objetivamente, preocuparse, aceptar la situación y pensar de diferentes maneras para resolver el problema”* [10].

La espiritualidad comprende, al mismo tiempo, un *“movimiento de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido, hacia el entorno en búsqueda de conexión y hacia el más allá en búsqueda de trascendencia”* [7]. El ser humano, ante situaciones vitales de complejidad, desarrolla ciertas **necesidades espirituales**, inherentes al ser humano y emergentes del interior de la persona. Estas necesidades, según la evidencia, se agrupan entorno a las siguientes: necesidad de ser reconocido como persona, de releer la propia vida, de búsqueda de sentido, de perdonarse y sentirse perdonado, de establecer la vida en un más allá, de continuidad, de esperanza, de expresar sentimientos y vivencias religiosas, de amar y ser amado [7] [9].

Dependiendo de la situación y la persona en cuestión, surgirán unas necesidades espirituales u otras y emergerán en mayor o menor medida, pero no por ello se debe omitir la valoración y evaluación de estas necesidades: *“no todos los pacientes tendrán*

necesidades espirituales que requieran intervención, pero es importante que las enfermeras sean conscientes y sensibles a estas si surgen” [11]. Por lo tanto, la labor enfermera adquiere gran relevancia y algunos autores “identifican a las enfermeras más conscientes de las necesidades "espirituales" de un paciente como aquellas que demuestran una conciencia personal de la dimensión "espiritual", que están buscando significado, han experimentado una crisis de vida, reconocen el cuidado "espiritual" como parte de su función y son personas particularmente sensibles y perceptivas” [11].

Existen diversas propuestas diagnósticas establecidas por la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) que pueden servir de gran ayuda en la comprensión de las necesidades espirituales de la persona desde la disciplina del cuidado. Entre todos los diagnósticos, podemos incidir en tres de ellos: [00066] Sufrimiento espiritual, [00147] Ansiedad ante la muerte y [00136] Duelo [12].

El sufrimiento espiritual es definido por la Taxonomía NANDA como un estado en el que la persona experimenta un sufrimiento relacionado con el deterioro de su habilidad personal para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los demás, el mundo que le rodea o un ser superior. Este diagnóstico se relaciona con cuestionamientos de la propia identidad, del sentido de la vida y del sufrimiento, con sentimientos de temor, soledad y desesperanza, incluso llanto, dolor, culpabilidad, ira...

En numerosas ocasiones, el sufrimiento espiritual tiene que ver con la proximidad del final de la vida, situación que genera mucho temor y ansiedad a la propia persona. Así pues, la ansiedad ante la muerte se asocia a una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza, ya sea esta real o imaginada para la propia existencia. Esta ansiedad a menudo guarda relación con el sentimiento de impotencia, la tristeza profunda y el temor al dolor, el sufrimiento y el desarrollo del proceso agónico. Al mismo tiempo, la persona experimenta excesiva preocupación por el impacto de la muerte sobre las personas significativas para ella y muestra sensación de incertidumbre sobre su pronóstico, la existencia de un ser superior o sobre la vida después de la muerte.

El sentimiento de proximidad de la muerte hace que experimentemos una sensación de pérdida (de autonomía, de nuestra vida, de un ser querido). El duelo es un proceso complejo que incluye conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e

intelectuales mediante las cuales la persona, su familia y su entorno social incorpora en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida. Estas provocan una alteración en su nivel de actividad, en el patrón habitual de sueño y en su funcionamiento general. Son situaciones en las que, en muchas ocasiones, la persona manifiesta sufrimiento y culpabilidad ante una búsqueda acerca del significado de esa pérdida. Inevitablemente, se acompaña de procesos de desapego, desesperación, dolor e ira.

Efectivamente, en estas circunstancias tan complejas, para ser capaces de realizar un diagnóstico correcto y establecer intervenciones o actividades favorables para la persona, debemos valorar en profundidad las necesidades espirituales del individuo y su grado de bienestar espiritual. Para ello, se han desarrollado ciertas escalas y guías, como son la escala de Bienestar Espiritual de Ellison o la escala de Perspectivas Espirituales y la escala de Autotranscendencia de Reed. Igualmente, en el Hospital-Residencia San Camilo de Sant Pere de Ribes (Barcelona) se usaba una tabla para detectar las necesidades espirituales de los pacientes y la SECPAL desarrolló una Guía básica para explorar estas necesidades según unos niveles de atención.

Al mismo tiempo, otros métodos de evaluación de estas necesidades son guías específicas de historia espiritual del paciente o escalas numéricas similares a las que se emplean para valorar el dolor. También se emplean instrumentos como el *Functional Assessment of Chronic Illness Therapyd Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)* o el *Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index (IW)*, los cuales miden aspectos de la espiritualidad relacionados con los sentimientos de paz y afrontamiento, las creencias, etc. En cualquier caso, “*cualquiera que sea la herramienta de evaluación que se utilice, se entiende que debe ser aplicable a pacientes con fe o sin ella y debe producir los mismos resultados cuando la realiza una persona con fe o sin ella*” [11].

Ante estas necesidades espirituales, que deben ser valoradas individualmente en cada persona, una intervención eficiente del profesional consiste en el **acompañamiento espiritual**. “*Se trata de intentar eliminar el sufrimiento innecesario, luchar contra el sufrimiento injusto y evitable, mitigar en lo posible el sufrimiento inevitable, asumir el sufrimiento que no se puede superar en actitud sana*” [9] mediante el desarrollo de la empatía y adoptando una actitud de aceptación incondicional y autenticidad. “*Si no podemos intervenir, habrá que saber estar. Y ese es el principal cometido del acompañamiento espiritual*” [7].

Volviendo a la disciplina enfermera en particular, la NIC (*Nursing Interventions Classification*) nos ofrece diferentes intervenciones a llevar a cabo para satisfacer las necesidades espirituales. En este caso, [5426] Facilitar el crecimiento espiritual, ofrecer [5420] Apoyo espiritual y emocional o brindar [5260] Cuidados en la agonía podrían ser algunas de ellas [12].

Existen situaciones que desembocan inevitablemente en un sufrimiento espiritual, como son las experiencias próximas a la muerte, el duelo, etc. Facilitar el crecimiento espiritual de la persona que sufre consiste en tratar de aumentar su capacidad para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida. Para ello, es importante mostrar asistencia y consuelo a la persona y su familia, ofrecerle nuestro tiempo, fomentar la conversación y expresión de sentimientos, pensamientos y emociones, promover la relación con los demás, ayudarle a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento, ofrecer el apoyo de la oración y celebraciones y rituales espirituales (si lo requiere), remitir a grupos de apoyo...

Para poder facilitar este crecimiento en el ámbito espiritual podemos ofrecer apoyo espiritual. Apoyar al paciente en la espiritualidad es ayudarle a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural. Resulta relevante, en primer lugar, nuestra actitud de respeto y empatía, de apertura hacia la expresión de sus preocupaciones y la disposición para escucharle activamente. Es recomendable animar a la persona a compartir sus creencias, su perspectiva espiritual. Por nuestra parte, podemos enseñarle métodos de relajación y meditación, proporcionarle música, literatura o programas de radio o televisión espirituales, rezar con él o facilitarle el uso de rituales religiosos.

Además de atender al sufrimiento espiritual y ofrecer apoyo, es posible prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida. En esto mismo consisten los cuidados en la agonía. La labor enfermera es algo crucial en estos momentos pues debemos observar si el paciente padece ansiedad, si sufre cambios en el estado de ánimo o si experimenta dolor. Siempre que sea posible hay que minimizar la incomodidad del paciente, facilitando la obtención de apoyo espiritual y animando tanto a la persona como a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte que presenten, permaneciendo en proximidad física pero también respetando la necesidad de intimidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que lo espiritual se refiere a *“aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales”* [9]. Así pues, observamos que en la dimensión espiritual existe una dimensión de trascendencia que nos abre a una nueva realidad que se expande más allá de nosotros mismos, más allá de toda experiencia sensorial. El concepto de **trascendencia** se suele relacionar con *“la capacidad de expandir el ser más allá de los confines comunes de las experiencias vitales y alcanzar nuevas perspectivas en la existencia humana”* [7]. En otras palabras, podemos decir que la trascendencia *“se caracteriza por creer en una realidad superior que la adquirida mediante la experiencia de los sentidos o por ser una clase superior de conocimiento que el logrado por la razón”* [8].

Pamela G. Reed desarrolló en 1991 la Teoría de la Autotrascendencia, basada en los principios de vulnerabilidad (conciencia que tiene la persona sobre su naturaleza mortal), autotrascendencia (ampliación en la percepción de los límites) y bienestar (sensación de plenitud y salud). Sostenía tres nociones básicas: en primer lugar, el aumento de la conciencia de nuestra vulnerabilidad se relaciona con una mayor disposición de desarrollo autotrascendental; en segundo lugar, la autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar y actúa como mediadora entre la vulnerabilidad y el bienestar; en tercer y último lugar, los factores personales y contextuales pueden influir en la relación vulnerabilidad-autotrascendencia y autotrascendencia-bienestar. Esta teoría se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento. La persona es considerada como un ser en constante desarrollo e interacción con otros individuos y su entorno. El impacto del trabajo de esta autora se refleja en la investigación y en la práctica clínica, siendo confirmadas y divulgadas sus ideas [13].

Una de las fuentes del trabajo Reed fue Martha E. Rogers, autora de la Teoría de los seres humanos unitarios. Esta teoría descansa sobre un conjunto de supuestos básicos que describen el proceso vital de los seres humanos. Rogers defendía que los seres humanos son campos dinámicos de energía integrados con el entorno, que se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos. *“Rogers creía que el mundo es un todo único en el que cada elemento está interconectado con otros”* [3]. El ser

humano unitario comprende un campo de energía irreductible e indivisible; es un todo unificado y en constante relación con el entorno, intercambiando continuamente materia y energía. Considera que la enfermera debe saber prestar cuidados cuando los individuos presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía, plenitud o irregularidad en la relación con este entorno, pues el fin de la Enfermería es fomentar la salud y el bienestar en todos los individuos [13].

La aparición de problemas de salud, así como las situaciones al final de la vida, las pérdidas o el duelo, son situaciones vitales en las que las necesidades espirituales emergen. *“Se dice que la espiritualidad se desarrolla y crece a medida que una persona envejece o como resultado de un evento de vida difícil o un trauma”* [14]. En otras palabras, *“en el contexto de situaciones límite, como puede ser el padecer una enfermedad oncológica avanzada en su fase terminal, pueden emerger con más fuerza que nunca necesidades espirituales hasta entonces latentes, que si no son satisfechas adecuadamente, emergerá sufrimiento espiritual”* [7]. El proceso de aparición de estos problemas de salud es gradual, apareciendo en primer lugar enfermedades crónicas que, posteriormente, pueden provocar limitaciones y estas derivar, por último, en discapacidades o dependencias.

Según afirma una Encuesta Europea de Salud realizada en 2014 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), las enfermedades crónicas son más prevalentes en mujeres que hombres, siendo distintas según el sexo. El porcentaje de personas con al menos una enfermedad crónica aumenta con la edad. Los problemas más frecuentes *“para las mujeres son la artrosis (excluyendo artritis) (22,1%), el dolor de espalda crónico lumbar (20,8%) y el dolor de espalda crónico cervical (19,9%)”* [15], mientras que *“para los hombres, la tensión alta (18,0%), el colesterol alto (15,7%) y el dolor de espalda crónico lumbar (13,8%)”* [15].

Por otro lado, en cuanto al nivel de dependencia, se debe destacar que *“los hombres tienen más autonomía funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria que las mujeres”* [15] alcanzando un porcentaje de dependencia del 15% en hombres y del 22% en mujeres en actividades como alimentarse, asearse, vestirse, sentarse o levantarse, incrementándose con la edad. Se puede observar, entonces, que se tratan de

cifras considerables, por lo que se debe valorar adecuadamente las necesidades que presenten y prestar los cuidados pertinentes a estas personas.

“El porcentaje de población española mayor de 60 años era del 21% en el año 2000 y se espera que en el año 2020 sea del 27%” [16]. De este rango de edad, el que más aumentará proporcionalmente será el de los mayores de 85 años. Para el año 2020 en España, se prevé que *“las tres principales causas de muerte sean: la enfermedad isquémica cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica”* [16], ocupando el cáncer de pulmón, tráquea o bronquios el quinto puesto.

Al mismo tiempo, *“se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos”* [17], de las cuales el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo y mediano. En la actualidad, a nivel mundial *“tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben”* [17]. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de las personas y sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicosocial o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Existe una falta de formación y de concienciación sobre este ámbito por parte de los profesionales de la salud. Adicionalmente, *“la necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población”* [17].

Vemos que las experiencias de personas que necesitan cuidados paliativos son situaciones cada vez más comunes en nuestra sociedad. Por lo tanto, cada vez resulta más necesario que Enfermería esté capacitada para identificar necesidades espirituales en cada persona atendida y ser capaces de administrar cuidados espirituales para dar respuesta a estas necesidades.

Fruto de esta necesidad de dar respuesta a las necesidades y demandas de la población, surge la cuestión de si verdaderamente estamos preparados los profesionales sanitarios y, en especial el colectivo enfermero, para cuidar desde y de la dimensión espiritual de la persona. *“Como consecuencia de la cantidad limitada de exposición a la espiritualidad en la educación y la práctica, las enfermeras a menudo carecen de la*

confianza para abordar cuestiones espirituales” [3]. Así pues, se comenta que la educación para satisfacer estas demandas espirituales en los programas de formación enfermera debería ser mejorada. Además, “los propios profesionales reconocen un elevado desconocimiento del ámbito espiritual y señalan la necesidad de formación de cierta calidad y de características específicas” [7]. En relación a esto, el presidente de la SECPAL señala: “La dimensión espiritual es valorada como muy importante por pacientes y familiares, y aunque se ha avanzado en el diálogo entre las distintas visiones de esta dimensión, existe poca experiencia y evidencia en el área asistencial, y poca experiencia en la formación y poca participación en los congresos” [7].

La evidencia científica muestra *“que los pacientes consideran a las enfermeras como una buena fuente de información espiritual y pueden satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes” [6]. Desde la labor enfermera se proporciona un ambiente confortable basado en el respeto a sus creencias y valores, en el que los pacientes tienen la posibilidad de expresar libremente sus propias angustias espirituales, el dolor y la incomodidad que sufren, la desesperanza, el miedo y la soledad. “Al proporcionar cuidado espiritual, el enfoque de una enfermera es 'estar con' los pacientes para no 'hacer por ellos” [6]. La Enfermería, en este ámbito del cuidado presenta una ventaja, y es que “como las enfermeras están presentes día y noche con los pacientes, están en condiciones de salvaguardar la integridad del paciente.” [10], por lo que la enfermera es probablemente el profesional de la salud que está mejor ubicado para reconocer problemas espirituales.*

Una de las causas que mayor sufrimiento espiritual produce en los pacientes es la pérdida de significado de su vida ante una situación compleja. Algunos autores afirman que *“las enfermeras que brindan cuidados espirituales ayudan a sus pacientes, religiosos o no, a buscar respuestas a sus preguntas sobre el significado y el propósito de su enfermedad o sufrimiento” [18]. Aunque el profesional enfermero no siempre pueda ser capaz de abordar cuestiones espirituales específicas, “varios autores coinciden en que la capacidad de los enfermeros para proporcionar atención compasiva, mantener una relación cercana con los pacientes y ofrecerse a los mismos puede proporcionar cuidados espirituales en un sentido más amplio” [19].*

Por ello, se debería concienciar sobre la necesidad de estudiar la perspectiva espiritual-trascendental. En definitiva, *“el ejercicio de cuidar no puede referirse exclusivamente a la exterioridad del ser humano, sino que requiere también una atención a su realidad espiritual, es decir, a lo invisible del ser humano”* [9]. Comprender la dimensión espiritual de la experiencia humana *“es primordial para la enfermería, porque es una disciplina basada en la práctica interesada en las preocupaciones humanas”* [19]. Así pues, desarrollar una relación terapéutica confiable, respetuosa y mutua es esencial para que la valoración e intervención espiritual sean efectivas.

Algunas de las herramientas de las que dispone el profesional para dicha evaluación e intervención espiritual pueden ser: mantener un discurso espiritual en un ambiente tranquilo, aceptar y respetar las prácticas, creencias y valores espirituales y culturales de cada uno, escucharlo activamente, permanecer a su lado sin prejuicios con una actitud abierta y consultar con otros profesionales de la salud si fuese necesario [19]. Efectivamente, el cuidado de la dimensión espiritual es complejo, por lo que *“la enfermera debe trabajar en colaboración con el equipo multidisciplinar, incluido el capellán, para satisfacer las necesidades espirituales de creyentes y no creyentes”* [10].

Finalmente, la pregunta de indagación que se plantea en este trabajo se formula según el formato PICO [20], [21] y es la siguiente: ¿qué recomendaciones existen sobre el cuidado espiritual y el acompañamiento hacia la trascendencia en personas que experimentan sufrimiento espiritual para mejorar su calidad de vida y/o asegurar una muerte digna? En este caso, se consideran como situaciones que pueden causar sufrimiento espiritual aquellas relacionadas con enfermedades crónicas, grandes dependencias o situaciones al final de la vida.

El objetivo general y principal de este trabajo es conocer las recomendaciones existentes sobre el cuidado espiritual y el acompañamiento hacia la trascendencia de personas que padecen sufrimiento espiritual para mejorar su calidad de vida y/o asegurar una muerte digna. Para ello, se establecen unos objetivos específicos: en primer lugar, identificar aquellas necesidades espirituales que experimentan las personas en situación de cronicidad, dependencia o al final de la vida; a continuación, conocer herramientas de valoración o evaluación de estas necesidades y, por último, explorar intervenciones de cuidado para poder dar respuesta a las necesidades espirituales emergentes.

2. METODOLOGÍA

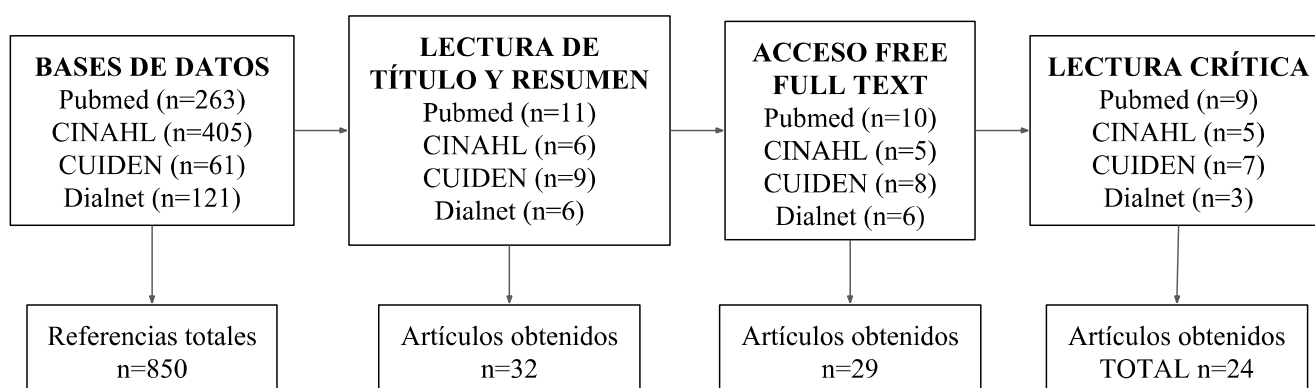
Para responder a la pregunta de investigación que se plantea y alcanzar los objetivos propuestos en el trabajo se realizó una revisión narrativa la cual trata de recoger, sintetizar y analizar de manera integrada y crítica la evidencia disponible sobre esa pregunta [22]. En función de los objetivos, así se consideraron diferentes criterios para establecer el tipo de evidencia a consultar. Adicionalmente, se consideraron como información actual aquella publicada en los últimos 10 años, estableciéndose como límite de búsqueda aquellas referencias datadas de 2007 a 2018. No obstante, dos de los artículos finalmente seleccionados sobrepasan dicho límite por su interés conceptual. Se consideraron oportunos para la revisión todos aquellos documentos publicados en los idiomas español, inglés y portugués.

Para el primer objetivo, se tomaron como referencia estudios originales cualitativos primarios y secundarios, así como estudios descriptivos, estudios de casos, incluso alguna revisión narrativa. Para el segundo, se optaron por estudios de validación de escalas o herramientas de medida así como revisiones narrativas. Por último, para dar cuenta de las intervenciones de cuidado, se incluyeron preferentemente estudios experimentales o cuasiexperimentales, no descartando otro tipo de evidencia (estudios cualitativos, revisiones de la literatura, estudios de casos, comentarios de experto...).

De entre todas las fuentes de información [23], la búsqueda se realizó a través de las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN y Dialnet. Para ello, se empearon un conjunto de términos en lenguaje documental para cada base de datos, los cuales se recogen en el Anexo 1. A continuación, con los diversos términos en lenguaje controlado se construyeron estrategias de búsquedas para cada base de datos, las cuales dan respuesta a la pregunta de investigación. Al mismo tiempo, se realizaron búsquedas con términos en lenguaje libre que también aportaron información adicional. El siguiente paso fue recopilar en una tabla todo este proceso de búsqueda, descartando las repeticiones de referencias bibliográficas y aquellos artículos que no se ajustaban a los criterios de inclusión (Anexo 2). La mayoría de los artículos eran de acceso libre y, en caso contrario, fueron pedidos por préstamo bibliotecario. De esta manera fueron obtenidos 32 artículos.

Posteriormente, se utilizaron las diferentes herramientas que el modelo *Critical Appraisal Skills Programme Español* (CASPe) pone a disposición de los clínicos para orientar la lectura crítica de los diferentes artículos originales incluidos en la revisión. En el Anexo 3 se puede encontrar un ejemplo de este proceso de lectura crítica según el modelo de análisis para estudios cualitativos de CASPe [24]. Así pues, se analizaron los artículos seleccionados para continuar eliminando aquellos que no cumplieran con un moderado rigor metodológico. Finalmente, fueron elegidos para el análisis y la elaboración de los resultados 24 artículos. Además, en el anexo 4 se presenta una tabla que engloba las características más importantes de todos ellos.

El resumen del proceso llevado a cabo en esta etapa se contempla en el diagrama que se presenta a continuación:



3. RESULTADOS

Tras la lectura y el análisis crítico de los documentos, se procederá a exponer los resultados obtenidos según 3 bloques temáticos, los cuales dan respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados. Así, el primer bloque abordará la cuestión sobre qué necesidades espirituales emergen en las personas que presentan una enfermedad crónica, grandes dependencias o personas que se enfrentan al final de la vida, además de aquellas inquietudes o preguntas que surgen debido a esa situación. A continuación, el segundo bloque recogerá herramientas o instrumentos que permiten valorar esas necesidades espirituales y la eficacia o validez de las mismas. Por último, el tercer bloque presentará diferentes intervenciones que pueden ser realizadas desde la perspectiva enfermera y que pueden ser útiles, o no, para lograr cierto bienestar espiritual a través de la expresión de significado y fin de la vida, de confianza y esperanza, de serenidad, amor y perdón, relación con el yo interior y con los demás y la satisfacción espiritual.

3. 1. Bloque 1. Necesidades espirituales emergentes.

Ante situaciones vitales complejas de un ser humano, como es la enfermedad con la consecuente proximidad de la muerte, el individuo se hace preguntas y busca sentido a su vida, desarrollando posibles necesidades espirituales que deben ser resueltas para disminuir el sufrimiento o angustia existencial. Los autores a menudo manifiestan la complejidad de establecer en qué consiste la dimensión espiritual y aportar una definición universal del término “espiritualidad”. *“Definir la espiritualidad puede ser difícil, particularmente porque es un aspecto de la existencia humana que es experimentada e interpretada de manera diferente por cada individuo”* [25]. Por lo tanto, se dice que la espiritualidad siempre debe considerarse como única para cada individuo y es parte de la existencia de la persona. Un aspecto central de un enfoque espiritual individualizado en la persona es el reconocimiento de su identidad intrínseca, el yo auténtico y las relaciones que establece con el mundo [25]. Para poder realizar un cuidado espiritual de calidad, se debe elaborar *“un plan de atención integral adaptado a cada caso y adaptado a cada momento de la evolución de la enfermedad”* [26]. Así pues, la atención que se preste a las personas que experimentan estas situaciones debe ser de carácter individual y personal.

Efectivamente, *“cuando el individuo se da cuenta de que la vida se ve repentinamente limitada, cualquier ilusión de seguridad que existiera previamente puede romperse”* [25]. Esta reacción la definió el autor Coyle (2004) como la "bofetada existencial". Tras ese cambio en su vida, las personas pueden reaccionar de diversas maneras. Por ejemplo, muchas personas podrán desarrollar estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse y lograr resultados positivos, incluidos el crecimiento personal y la transformación. Sin embargo, para otras personas, ese acontecimiento puede conducir a la angustia existencial, la pérdida de la integridad espiritual, de un sentido de significado y propósito en la vida, aumentando de esa manera el sufrimiento que experimentan [25].

Como se comentaba anteriormente, una de las situaciones vitales de mayor complejidad que puede experimentar un ser humano es la muerte. Los autores coinciden en que *“la muerte es una parte inevitable y compleja del desarrollo del ser humano que tiene el potencial de crecimiento y angustia”* [27]. Ante la cercanía de la muerte, los individuos suelen experimentar un viaje hacia el interior de sí mismos para considerar cuestiones de vida y muerte. Estos se realizan preguntas con el objetivo de obtener la respuesta correcta y verdadera. Esas preguntas tienen que ver con la identidad, el significado, el sufrimiento, la muerte, la culpa, el perdón, la desesperanza... La pregunta inicial suele ser: ¿por qué? ¿por qué yo? ¿por qué a mí? Además de estas, otras preguntas que se plantean son: ¿por qué no a otr@? ¿es esto un castigo? ¿qué he hecho yo para merecer esto? ¿cómo puede ser esto justo? ¿pude haber vivido diferente? ¿qué me pasará cuando muera? ¿adónde iré? ¿qué me espera? ¿cómo se las arreglará mi familia sin mí? ¿cuál ha sido el objetivo de mi vida?... [25]. Diversos estudios confirman que algunos pacientes luchan para dar sentido a su enfermedad, preguntando por qué les había sucedido eso y admitiendo tener dificultades para aceptar su enfermedad. Otros, en cambio, se culpan a sí mismos por enfermarse [28].

Al mismo tiempo que son planteadas este tipo de preguntas, el ser humano manifiesta ciertas necesidades espirituales, fruto de la angustia o sufrimiento existencial y la búsqueda del sentido de la vida. En un primer lugar, precisamente en respuesta a la inquietud sobre la causa por la que se encuentra en esa situación la persona, surge la **necesidad de sentido, significado y propósito en la vida**. Hatamipour, *et al.* manifiestan esta búsqueda de significado y propósito como uno de los cuatro bloques

abordados en su estudio. Este bloque, al mismo tiempo, engloba la necesidad de aceptar la realidad y la enfermedad como parte de sí mismos, buscar el significado y/o la causa de la enfermedad, buscar la independencia la cual conduce a un final próspero y cambiar el significado de la vida, valorándola en mayor medida [29]. Por otro lado, el estudio de Ross L y Austin J coincide en sus resultados, expresando la necesidad de significado y propósito como una de las necesidades espirituales presentes a lo largo de la enfermedad. En su estudio, *“una cuarta parte de los pacientes consideró que ya no servían para nada, viéndose a sí mismos como inútiles y sin valor”* [28]. Sin embargo, otros pacientes ganaron un sentido de propósito a través de su trabajo en la comunidad en la que vivían, por el que lucharon cada vez más.

Otra de las necesidades más importantes que emergen ante situaciones vitales complejas, y en las que la mayoría de los estudios coinciden es la **necesidad de amor, de compañía, de apoyo y de comunicarse**. Así, Hermann CP afirma en su estudio que *“cada participante identificó la necesidad de estar con otros como una necesidad primaria”* [27], expresando la necesidad de estar alrededor de la familia y los amigos, personas que te puedan ayudar, en quien puedan apoyarse, con quien puedan hablar, sin necesidad de hablar de algo en especial, simplemente una conservación diaria. Por su parte, Milligan S identifica el “estar ahí” o estar presente como la intervención de cuidado espiritual fundamental y señala que *“los beneficios potenciales para los pacientes incluyen una sensación de no ser abandonado, de ser valorado y de ser atendido”* [25]. Además, afirma que *“acompañar al paciente puede crear un sentido de humanidad compartida y engendrar sentimientos de comunión y comunidad”* [25], por los que el paciente no siente que camina hacia la muerte en solitario.

Igualmente, en el estudio de Hatamipour, *et al.* se señalan como aspectos importantes el apoyo, especialmente emocional y psicológico, procedente de la familia y amigos. Los pacientes esperan recibir una actitud o comportamiento normal por parte de los mismos, es decir, que los traten con normalidad [29]. Por otro lado, los resultados del estudio de Ross L y Austin J muestran que *“la necesidad de amor y pertenencia a través de las relaciones fue frecuentemente mencionada por los participantes”* [28]. Por contra, el aislamiento y la soledad fueron el mayor problema. Además, destaca otra necesidad y es que *“los pacientes están ansiosos por hablar con cualquiera que tenga tiempo para escuchar”* [28]. Los resultados de su estudio revelan que los pacientes necesitan hablar

sobre sus preocupaciones espirituales y existenciales, particularmente en relación con la existencia, la muerte y la vida futura, mejorando así su sensación de aislamiento y soledad.

Al mismo tiempo, el estudio de Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, *et al.* señala la necesidad del individuo de **ser respetado y comprendido**, brindándole la atención y el tiempo para promover el equilibrio de la situación. Según los autores, el paciente expresa la necesidad de amor, afecto y comunicación de sus sentimientos y voluntades, por lo que, *“ante la preocupación, necesita ser escuchado para que su necesidad pueda ser identificada y satisfecha”* [26]. De todo ello se deduce que es de gran importancia que el profesional cree estrategias de comunicación útiles para la atención del paciente. Al mismo tiempo, defienden la **necesidad de apoyo de sus seres queridos, de tacto, de compañía**.

Al igual que se puede observar la importancia del entorno social, algunos estudios también tienen en consideración el entorno físico, surgiendo la **necesidad de encontrarse en un ambiente confortable, cercano a la naturaleza y rodeado de actitud positiva**. Así, Hermann CP expresa como resultado de su investigación que *“varias personas identificaron la necesidad de salir al exterior como una necesidad espiritual”* [27] o, en su defecto, de poder mirar al mundo exterior, todo ello acompañado de sonrisas de los otros, risas y pensamientos felices y positivos. Por otro lado, Milligan S resalta la relevancia de **armonizar el ambiente y modificarlo para crear oportunidades de paz, quietud y contemplación** mediante la luz, la música o la naturaleza.

Además del entorno físico y social, muchos de los pacientes encuentran un apoyo religioso como medio para atender a su espiritualidad, dando lugar a la **necesidad de practicar la religión, creencias y fe**. En este sentido, Hermann CP comenta que *“las necesidades relacionadas con la religión fueron con frecuencia las primeras necesidades espirituales identificadas por los participantes y la necesidad espiritual más mencionada fue la necesidad de orar”* [27]. La necesidad de leer la Biblia o material inspirador e ir a la Iglesia fueron otras de las necesidades encontradas. Por su parte, Hatamipour, *et al.* añade a la necesidad de rezar, la necesidad de comunicarse con Dios para afrontar la enfermedad y la necesidad de fortalecer su creencia espiritual. A

todo ello, Ross L y Austin J añaden *“la importancia de que los líderes religiosos de las Iglesias locales apoyen a las personas con una fe religiosa que viven en sus hogares mientras tratan de lidiar con su enfermedad”* [28]. Por último, Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, *et al.* añadieron que todos los pacientes de su estudio declararon que la fe aumentó después del diagnóstico de la enfermedad, convirtiéndose *“en el apoyo promovido por la espiritualidad para proporcionar un mejor equilibrio de sus emociones frente a la situación terminal a través del sentido de la presencia de Dios”* [26].

Finalmente, otras necesidades que posibilitan la tranquilidad y la continuidad del ser humano ante situaciones complejas que se interponen en su vida son la **necesidad de participación, planificación y resolución del trabajo pendiente** y la **necesidad de perdón, paz y esperanza**. Por un lado, autores como Hermann CP señalan la necesidad de resolver una vida inacabada y realizar una revisión de su vida, al igual que resolver sentimientos amargos, y terminar otras gestiones sin dejar de estar involucrados en la toma de decisiones ni dejar de estar informado acerca de la variedad de los acontecimientos. Este aspecto se confirma en el estudio de Morillo MS *et al.* justificando que *“se necesita una razón para vivir y una razón para morir”* [30]. Otros como Milligan S advierten de que *“los pacientes reciben beneficios tanto espirituales como prácticos al llevar a cabo el trabajo de muerte”* [25], planificando incluso su propio funeral.

Por otro lado, Hatamipour, *et al.* manifiestan la relevancia de la **búsqueda de un estado de paz interior**, rogando el perdón de Dios y de los otros, y adoptando una actitud de esperanza para lograr la paz. En el estudio de Ross L y Austin J se concluyó que muchos pacientes se mantenían esperanzados prometiéndose a sí mismos tratos o manteniendo sueños despiertos; otros, ponían esperanza en vivir una vida normal confiando en posibles nuevos tratamientos o curas. Además, resaltan la influencia que tienen los agentes de cuidado de estas personas para **mantener la esperanza** según lo que les es dicho. Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, *et al.* concluyen que *“la esperanza es aquello que motiva al ser humano a seguir adelante”* [26], es aquello que persiste en cada etapa y lo que sostiene psicológicamente al paciente para continuar su vida, reconociendo la muerte como un proceso natural.

3. 2. Bloque 2. Herramientas o instrumentos de valoración.

Para poder satisfacer las necesidades espirituales de las personas en situaciones de complejidad vital, Enfermería debe de disponer de herramientas que faciliten la valoración de las mismas, permitiendo que éstas sean identificadas y, posteriormente, abordadas. Este tipo de herramientas son, principalmente, escalas de valoración. Del conjunto de estudios o investigaciones empleados en la revisión narrativa, todas las herramientas de valoración de las necesidades espirituales de los pacientes muestran su validez y/o confiabilidad, por lo que se considerarían instrumentos eficaces para poder evaluar dichas necesidades.

Algunas escalas coinciden en varios de los ítems que se contemplan para valorar las necesidades espirituales de los seres humanos. Entre ellas, algunas son la *Spiritual Distress Scale* (SDS), la *Spiritual Distress Assessment Tool* (SDAT), la *Spiritual Needs Assessment for Patients* (SNAP), la *Spiritual Assessment Scale* (SAS), la versión española de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual o la versión china de la *Spiritual Interests Related Illness Tool* (C-SpIRIT). En general, esos ítems se engloban en tres ámbitos: el ámbito personal, el ámbito social y el ámbito espiritual y/o religioso.

En el ámbito personal se valoran aspectos que tienen que ver con la relación con uno mismo, el significado y el propósito de la propia vida, el reconocimiento de los valores personales, la búsqueda del perdón y la paz interior, la esperanza y la actitud positiva frente a la situación, entre otros. Por otro lado, dentro del ámbito social se contemplan aspectos como la relación con las personas del entorno más cercano (familia y amigos principalmente, es decir, seres queridos), la identidad psicosocial (sentirse amado, escuchado, reconocido...), el apoyo de cuidadores y familiares y el ambiente. Por último, respecto al ámbito espiritual y/o religioso, se analiza la relación de la persona con Dios, un Ser supremo o fuerza superior, la aspiración a la trascendencia, la necesidad de la visita del capellán, las prácticas o actividades religiosas y las creencias.

En el estudio de Ku YL, Kuo SM y Yao CY se comprueba la validez de la *Spiritual Distress Scale* (SDS) la cual contempla cuatro factores para valorar las necesidades espirituales de las personas: la relación con uno mismo, la relación con los demás, la relación con Dios y la actitud hacia la muerte. La SDS presenta una perspectiva

holística considerando la relación de la persona con los demás, lo cual le hace única a esta escala puesto que deja a un lado el enfoque típico orientado a la salud. Se determinó la importancia de esta relación con los demás en el plano espiritual ya que “*los pacientes con cáncer pueden identificar su propia existencia y verse a sí mismos como personas únicas, de valor para los demás*” [31].

Por su parte, Monod S, *et al.* desarrollaron un estudio de validación de la *Spiritual Distress Assessment Tool* (SDAT), herramienta que valora las siguientes necesidades espirituales en las personas mayores hospitalizadas: necesidad de realizar una revisión o balance de vida, de conexión con su parte existencial, de reconocimiento de sus valores, de mantener el control, de sentirse incluido en las decisiones y de mantener su identidad psicosocial. Resulta interesante conocer que algunos de los pacientes del estudio informaron de que presentaban al menos una necesidad espiritual insatisfecha. Pese a aprobar su validez, los autores comentan la necesidad de futuras investigaciones [32].

Sharma RK, *et al.* desarrollaron la *Spiritual Needs Assessment for Patients* (SNAP) y estudiaron su validez de tal manera que valoraron un conjunto de necesidades psicosociales, espirituales y religiosas mediante preguntas y afirmaciones de cada ámbito. Como resultados, obtuvieron que un 68% se consideraba una persona espiritual pero no religiosa, mientras que un 19% refería querer ayuda para satisfacer sus necesidades espirituales. En una primera instancia se evidenció la validez y confiabilidad de la escala, sin embargo, señalan que también deben ser realizadas más investigaciones futuras [33].

Por otro lado, Freitas EO, *et al.* valoraron las necesidades del paciente según la *Spiritual Assessment Scale* (SAS), la cual aborda varias cuestiones (confianza en Dios, sentido o significado de la vida, fuerza y confort, pertenencia a la Iglesia u otra comunidad, prácticas religiosas, el dolor...). Se confirmó la validez de la escala pero se podría observar como limitación del estudio que la mayoría de las cuestiones que interrogan las necesidades espirituales de los pacientes tiene que ver con la religión [34].

Vargas-Escobar LM demostró la confiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual desde la Enfermería. Al contrario de la herramienta

anterior, esta escala analiza un contenido más variado y completo, no sólo centrado en el aspecto religioso. Mientras un 39,5% de los enfermeros afirmó haber recibido formación sobre el cuidado espiritual, un 60,5% manifestó no haber recibido formación en el ámbito espiritual, lo que demuestra la necesidad de capacitación y educación del personal de enfermería [35].

Lin YL *et al.* llevaron a cabo un estudio de desarrollo y validación de la versión china de la *Spiritual Interests Related Illness Tool* (C-SpIRIT). Esta herramienta aborda las necesidades espirituales de las personas divididas en 5 bloques: aquello relacionado con las creencias o la religión, el mantenimiento de una actitud positiva frente a la vida, dar y recibir amor de otras personas, buscar el significado de su vida y descansar la mente en paz. Sin embargo, *“para la mayoría de los taiwaneses, los rituales espirituales y/o religiosos se basaron fuertemente en la práctica religiosa, que sirvió para ajustar el curso de la enfermedad dando significado y esperanza, logrando una sensación de control sobre la situación difícil y llevando a una transformación de vida positiva”* [36]. Por lo tanto, pese a su validación, no se puede pasar por alto la limitación del estudio en cuanto a imposibilidad de aplicar la C-SpIRIT en otras culturas.

Otro de los estudios incluidos en la revisión analizó la eficacia de varios instrumentos para atribuir el diagnóstico enfermero [00066] Sufrimiento espiritual [12]. Así pues, se demostró la eficacia de la Escala de Espiritualidad de Pinto y Pais-Ribeiro y la Subescala de Bienestar Existencial de la Escala de Bienestar Espiritual para determinar dicho diagnóstico. Se obtuvo una concordancia entre la evaluación de las propias escalas, el diagnóstico directo por parte del personal de Enfermería y la opinión del paciente. Encontraron que entre un 25,8% y un 35,8% de los pacientes presentaban el diagnóstico. Además, muchos de ellos se mostraban reacios a hablar sobre su espiritualidad por el miedo a ser estigmatizados o por posible falta de interés en el equipo profesional, lo cual enfatiza la importancia del establecimiento de una relación terapéutica de confianza y el manejo de habilidades de comunicación [37].

Uno de los estudios analizados para el trabajo es una revisión narrativa que se pregunta cuál es la mejor herramienta para evaluar las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos. De esta manera, se analizan escalas como FICA, FAITH, SPIRIT y HOPE. En primer lugar, la escala FICA evalúa la fe, las creencias y la importancia e influencia

de ambas, el significado, la pertenencia a alguna comunidad espiritual o religiosa y la voluntad de dirigir estos asuntos del cuidado de su salud. La escala FAITH tiene en cuenta la fe y las creencias espirituales, la aplicación y la importancia de las mismas en su vida diaria, la presencia de alguna persona con la que pueda hablar, la forma en que necesita ayuda la persona y el planteamiento de asuntos terminales. Por su parte, la escala SPIRIT valora también el planteamiento de los asuntos terminales, además de las creencias espirituales y la propia espiritualidad, la integración en una comunidad espiritual y las prácticas o rituales llevados a cabo. Por último, la escala HOPE evalúa las fuentes de esperanza, significado, confort, fortaleza, paz, amor y conexión, la importancia de la religión, las prácticas espirituales personales y los efectos en el cuidado de la persona y el final de su vida.

Parece que la herramienta HOPE es la más adecuada, sin embargo, solo FICA está validada, mientras que las demás escalas requieren investigaciones futuras. Al mismo tiempo, comentan que *“el simple uso de herramientas estructuradas puede reducir la complejidad de la espiritualidad a un modelo único, sin la subjetividad esencial y el misterio del concepto”* [38]. Este enfoque implica escuchar al paciente y establecer conexión con él para valorar en profundidad y de manera individualizada sus necesidades.

3. 3. Bloque 3. Intervenciones enfermeras.

Una vez valoradas y definidas las necesidades espirituales de la persona, el siguiente escalón es pasar a la acción, es decir, planificar y ejecutar intervenciones que puedan resultar eficaces para satisfacer dichas necesidades y disminuir el sufrimiento espiritual de las personas. Las intervenciones enfermeras que han sido consideradas en la revisión narrativa se agrupan de la siguiente manera: el ámbito de la comunicación y el apoyo, contemplando el counselling; el ámbito artístico-creativo, donde se tiene en cuenta la arteterapia, la danza, la música o la literatura; el ámbito de la naturaleza, considerando terapias al aire libre, en espacios verdes y usando la energía del agua y el sol; el ámbito de los sentidos y energías, tomando como válidas la aromaterapia o terapias de biocampo como son el tacto terapéutico, tacto curativo y Reiki; y el ámbito del ejercicio y la relajación, teniendo en cuenta el yoga, el masaje y la meditación guiada.

En primer lugar, en el **ámbito de la comunicación y el apoyo**, Rudilla D, *et al.* realizaron un estudio para ofrecer evidencia acerca del *counselling* para la mejora de la espiritualidad de los pacientes. Esta terapia es vista como una psicoterapia óptima para responder ante las necesidades y recursos espirituales de los pacientes, pues se le ayuda a identificar preocupaciones y temores, al mismo tiempo que se le enseña a priorizar e identificar recursos personales para abordarlos. Además, comentan que la eficacia de esta terapia se relaciona con “*la calidad de vida del paciente, la depresión, la desesperanza y espiritualidad*” [39]. Los resultados obtenidos indicaron un gran efecto positivo sobre la espiritualidad.

Dentro del **ámbito artístico-creativo**, se han tenido en cuenta diversas terapias. La arteterapia fue una de ellas, la cual posibilita la expresión y comunicación de los sentimientos o emociones dolorosas, inquietudes, pensamientos negativos, etc. de la persona mediante el uso de la metáfora. A través de la metáfora se condensan significados complejos de dar forma a través del discurso cotidiano. Esto hace posible facilitar la expresión y, por tanto, el enfrentamiento del paciente al sufrimiento ante la enfermedad o la cercanía de la muerte. Los resultados del estudio de Collette N fueron favorables ya que “*tres de cada cuatro pacientes evaluables aprecian de “bastante” a “mucho” la actividad de arteterapia y afirman sentirse mejor gracias a ella*” [40], al mismo tiempo que los familiares agradecen esta actividad.

Además, se evaluó la danza como otro posible método de comunicación no verbal, mediante un lenguaje corporal y del movimiento. Panhofer H y Mac Donald J señalan la importancia de acompañar y ofrecer canales de comunicación y auto-valoración al paciente para facilitar el enfrentamiento a la soledad y angustia ante a la muerte. Se reconoce que “*salir de la pasividad y tener la posibilidad de expresar estados de ánimo e imágenes internas a través de un proceso creativo, puede ayudar a procesar y aliviar el sufrimiento personal*” [41]. Las personas que experimentan dolor contienen la respiración aumentando la tensión de su cuerpo. Mediante la danza y el movimiento, se invita a soltar dicha tensión permitiendo al cuerpo sostener el dolor para utilizarlo y no resistirlo. A través de estos mismos se puede “*conectar con otros cuerpos, para así sentir el acompañamiento kinestésico, más allá de la soledad tremenda que la muerte puede significar*” [41].

Otras posibles intervenciones artístico-creativas se pueden relacionar con la música y la literatura. Makowski SK y Epstein RM señalan que la tendencia del ser humano es escapar o evitar aquellas situaciones de disonancia, tensión o conflicto y comparan las situaciones de complejidad vital de las personas con los momentos de tensión de una frase musical o una composición literaria. Defienden que las disonancias discordantes conllevan una pérdida de equilibrio, enfrentándose a dolores, miedos y sufrimiento. Un aspecto que consideran relevante es “estar ahí” e implica acompañar en esas situaciones de disonancia y dar la bienvenida a los “visitantes” sin miedo [42].

Respecto al **ámbito de la naturaleza**, se tuvieron en cuenta terapias realizadas en espacios verdes urbanos, como fueron la terapia forestal, la terapia de horticultura, la terapia grupal en un entorno verde, la meditación y el yoga. Parece ser que la naturaleza es una forma por la que las personas en estado crítico mantienen su salud espiritual. Como resultado, en el estudio de Nakau M, *et al.* se obtuvieron potenciales beneficios. Estas terapias mejoraron el bienestar espiritual y el bienestar psicológico de los pacientes y aumentaron la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la fatiga derivada de la enfermedad y la ansiedad e incrementando su función inmune [43].

Por otro lado, el estudio de Saz-Peiró P y Saz Tejero S muestran otras terapias como son la hidroterapia, la balneoterapia y la helioterapia, reflejando la importancia del medio ambiente o entorno y la naturaleza para las personas enfermas y/o al final de la vida. La hidroterapia se encarga de mejorar los estados de insomnio o estreñimiento de los pacientes, además de su sistema inmunológico y la calidad de supervivencia. La balneoterapia mejora además la frecuencia cardíaca, la circulación sanguínea y la fuerza y disminuye síntomas como el dolor y la fatiga. La helioterapia también contribuye a la protección del sistema inmune del paciente previniéndolo de enfermedades como el cáncer. En definitiva, *“una combinación de ejercicio, andar en el bosque, con la utilización de baños de agua fría y la reacción posterior, así como el ambiente de bosque demostró que aumentaba las células protectoras de cáncer tanto en hombres como en mujeres”* [44].

Atendiendo el **ámbito de los sentidos y la energía**, se estudiaron el sentido del olor y el tacto, fundamentalmente. Por un lado, respecto a la aromaterapia, Leyva-Moral JM señaló la eficacia de la aromaterapia como analgésico en cuidados paliativos, mejorando

la calidad de vida de la persona, facilitando los procesos del sueño y disminuyendo la tensión, el estrés emocional, las náuseas... Además, se vio que esta terapia, asociada al masaje, resulta beneficiosa para el paciente mejorando síntomas tanto físicos como psíquicos. Sin embargo, son necesarios más estudios con muestras más amplias y un seguimiento más largo [45].

Por otro lado, Henneghan AM y Schnyer RN apuntaron que las terapias de biocampo, como son el tacto terapéutico, el tacto curativo y el Reiki, aportan beneficios al paciente. Estos tienen que ver con la mejora del tratamiento del dolor, la mayor capacidad para controlar el distress emocional, la reducción de la ansiedad y el incremento de la relajación al final de la vida, lo cual se traduce en un aumento de calidad de vida. Estas terapias se basan en intercambios de energía con información del entorno. Pese a su inicial eficacia, los autores concluyen que no hay evidencia suficiente como para establecer unas conclusiones robustas, por lo que se necesita más investigación en este campo [46].

Por último, en el **ámbito del ejercicio y la relajación**, una de las terapias estudiadas fue el yoga. Van Uden-Kraan CF, *et al.* realizaron un estudio con el objetivo de explorar las motivaciones, las experiencias y los resultados que experimentaban los pacientes al realizar yoga. Desde la perspectiva de los pacientes, estos percibieron beneficios físicos y psicosociales al practicar yoga. La mejora de la condición física, mental y la resiliencia, el aumento de la capacidad de afrontamiento de la situación y una mayor relajación y felicidad fueron experiencias frecuentes de estas personas. Como consecuencia, recuperaron la conciencia de su cuerpo, elevaron la atención al yo interior y la atención de uno mismo y disfrutaron de la terapia. Por lo tanto, se concluyó que el yoga puede ser una forma viable de apoyo al cuidado de los pacientes con cáncer al tratarse de un ejercicio mente-cuerpo que combina posiciones corporales, la respiración y la meditación [47].

Otras terapias abordadas por Downey L, *et al.* fueron el masaje y la meditación guiada. Ambas terapias resultaron de igual beneficio que recibir atención psicosocial a pacientes y familiares. Por lo tanto, no se obtuvieron resultados significativos de la eficacia de estas terapias y se requiere una mayor investigación con muestras poblacionales de mayor tamaño [48].

4. DISCUSIÓN

El ser humano, ante situaciones vitales complejas, ya sea una enfermedad crónica, una minusvalía, una gran dependencia, incluso la propia situación terminal, desarrolla ciertas necesidades espirituales, las cuales son inherentes al ser humano y emergentes del interior y del sentido de existencia de la persona. En función de esa situación y de la persona en cuestión, surgirán unas necesidades espirituales u otras y emergerán con mayor o menor grado de intensidad. Sin embargo, a pesar de las diferencias propias de la experiencia individual de la persona, hay algunos elementos comunes en lo que a la espiritualidad respecta. Además, las necesidades de los individuos trascienden el plano físico o más puramente biológico y se centran en el aspecto psico-emocional y espiritual. La necesidad de amar y ser amado, la cercanía y el tacto, la escucha, la búsqueda de sentido, perdón y paz y la esperanza son algunas de las necesidades espirituales emergentes, las cuales adquieren mayor relevancia que otros tratamientos, procedimientos o técnicas.

Si hay algo en común entre todas las necesidades espirituales es la necesidad de valoración y evaluación de las mismas de manera individualizada para poder dar respuesta y obtener un grado de satisfacción adecuado. Para ello, es importante la presencia de escalas o instrumentos que midan y analicen las necesidades surgidas según cada individuo. La mayoría de las escalas analizadas en esta revisión comparten ítems de valoración de carácter personal (relación con uno mismo, significado y propósito de vida, búsqueda del perdón y la paz interior, esperanza, actitud positiva frente a la situación), social (relación con los demás, familia y amigos, identidad psicosocial, apoyo) y espiritual y/o religioso (relación de la persona con Dios, un Ser supremo o fuerza superior, aspiración a la trascendencia, prácticas o actividades religiosas, fe).

Posteriormente a la evaluación de las necesidades, el siguiente paso es la emisión de juicios clínicos que orienten a la planificación de intervenciones de cuidado. En la revisión, se ha podido analizar la utilización de intervenciones que requieren de la utilización de recursos muy cotidianos (los espacios verdes, el arte, la danza, el ejercicio físico o el yoga) lo cual, de algún modo, asegura su factibilidad. Sin embargo, estas intervenciones no podrían ser realizadas por cualquier persona obteniéndose igualmente

beneficios, sino que requieren ciertas cualidades formativas por parte del profesional implicado para su adecuado desarrollo.

Es importante, no obstante, hacer acopio de estos resultados con cierta actitud crítica teniendo en cuenta que los artículos incluidos en esta revisión de la literatura presentan ciertas limitaciones. La primera de ellas tiene que ver con la variabilidad de la población estudiada, obteniéndose muestras quizá algo sesgadas, al emplearse en la mayoría de las muestras pacientes relacionados con el ámbito oncológico. Además, muchas de las investigaciones incluidas en el trabajo presentan un tamaño muestral pequeño, y en algunos casos, incluso se señala explícitamente que los resultados obtenidos deberían analizarse con cautela y que serían necesarias investigaciones futuras. Así pues, a pesar de la aceptación de la mayoría de los resultados de los estudios, existe cierta dificultad en la extrapolación de los resultados obtenidos a cualquier contexto. Al mismo tiempo, llama la atención el escaso desarrollo estructural de la mayoría de las intervenciones analizadas, ya que en muchas ocasiones no se explica en profundidad en qué consiste la actividad, qué objetivos se propusieron, el proceso por el que se llevó a cabo, etc. ni tampoco se analiza explícitamente cuál es el rol de la enfermera en cada caso o cómo debería intervenir.

También existen otras limitaciones relacionadas con la evidencia consultada y tienen que ver con el idioma, ya que se encontraron algunas escalas de valoración de las necesidades espirituales en chino y no pudieron ser incorporadas al trabajo; con la actualidad de la evidencia consultada, pues algunos documentos encontrados son posteriores a los últimos 5 años, incluso dos de ellos posteriores a los últimos 10 años; y el escaso nivel de profundización de muchos de los artículos sobre cada herramienta o intervención en concreto. Adicionalmente, hay que añadir las limitaciones cognitivas sobre metodología y análisis en investigación y experiencia clínica de la presente autora. Por último, se podría decir que el grado de calidad alcanzado según los artículos incorporados es aceptable. Aunque su extrapolación a otros países, unidades y poblaciones pueda verse limitada, permite la emisión de algunas recomendaciones para la práctica clínica y posibles líneas futuras de investigación.

Las recomendaciones para la práctica clínica que se podrían realizar tienen que ver con un uso juicioso de las escalas y herramientas de valoración, la necesidad de formación

profesional en el ámbito espiritual y la posible incorporación de las familias como aliados en el arduo cuidado espiritual de las personas en situaciones de complejidad vital. En primer lugar, sería interesante incorporar las escalas e instrumentos de valoración espiritual en el proceso de atención enfermera, utilizándolas como herramienta para poder fortalecer nuestros recursos en el contexto de la entrevista clínica. Además, sería recomendable la no estructuración de estas herramientas pues la espiritualidad es compleja y se reduciría su subjetividad e individualidad propia, variante en función de cada paciente. Por lo tanto, escuchar al paciente y establecer una conexión con él para valorar en profundidad y de manera individualizada sus necesidades espirituales, se convierte en un aspecto clave para asegurar una atención adecuada.

Al mismo tiempo, se debería valorar la necesidad de formación tanto a profesionales en curso como a estudiantes y, por consiguiente, futuros profesionales. La evidencia muestra cómo a nivel profesional, son los propios trabajadores los que refieren no sentirse preparados para afrontar muchas de las situaciones derivadas del sufrimiento espiritual, experimentar miedo o inseguridad, incluso carecer de confianza suficiente para abordar cuestiones espirituales debido a la limitada exposición a la espiritualidad en la educación y en la práctica. A lo largo de la revisión narrativa se ha observado que muchos de los autores expresan también la necesidad de formación enfermera en habilidades de comunicación con el paciente, para fomentar una relación terapéutica efectiva, siendo capaces de escucharlo, valorar sus necesidades y ofrecerle respuestas de manera adecuada. Estas habilidades comprenden la escucha activa, el manejo de la comunicación no verbal y los silencios.

Una de las posibles soluciones es la implantación de una asignatura o parte de ella en la que se forme en la atención y el cuidado espiritual en personas con enfermedades crónicas o generadoras de grandes dependencias, cuidados paliativos, etc., ya sea en asignaturas como Psicosociología del cuidado o Enfermería en Cuidados Complejos. Al mismo tiempo, para satisfacer la necesidad de formación en habilidades comunicativas, se debería reforzar la enseñanza en estas técnicas favorecedoras para establecer una correcta relación terapéutica, las cuales hoy en día ya se han incorporado en los planes de formación del Grado en Enfermería. Igualmente, atendiendo a los profesionales que

no hubiesen recibido formación en este ámbito, se podría desarrollar un curso de formación continuada en el que se instruya y prepare a los mismos para este cuidado.

Asimismo, las familias pueden ser consideradas como fuente de aprendizaje de aquellos cuidados más primarios y como un recurso adicional de Enfermería para el cuidado espiritual de los pacientes. La familia puede ser quien se encargue de escuchar periodos extensos de tiempo si la enfermera no dispone del tiempo suficiente para ello. Igualmente, las enfermeras pueden alentar a los miembros de la familia del paciente a ayudar en la satisfacción de las necesidades espirituales de su familiar, recordando con el paciente momentos importantes, ayudándolo a realizar una revisión de su vida, resolviendo sentimientos amargos, trayendo flores o llevándolos a pasear y haciéndolos reír.

Por lo tanto, en base a estas recomendaciones para la práctica clínica, las posibles líneas futuras de investigación tendrían que ver con la aplicación o implantación de estas sugerencias y la posterior evaluación o estudio del grado de satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes. De esta manera, se obtendrían unos resultados que afirmarían si a través de esas recomendaciones son satisfechas las necesidades de los pacientes y la mejora o, por el contrario, el retroceso en el cuidado espiritual.

A modo ilustrativo, en el Anexo 5 y 6 se muestra una simulación con máscaras de silicona de una situación en la que un paciente paliativo experimenta sufrimiento espiritual y comparte junto con la enfermera las inquietudes y cuestiones que presenta sobre la vida y la muerte.

5. CONCLUSIONES

El ser humano es un ser biopsicosocial, emocional y espiritual y de cada uno de esos ámbitos emergen las necesidades individuales humanas. La enfermedad y la situación terminal, principalmente, generan necesidades espirituales en las personas, las cuales deben ser abordadas desde la perspectiva más holística e integral de la Enfermería. Estas necesidades se relacionan principalmente con la necesidad de sentido y propósito en la vida, la necesidad de amor, de compañía, de apoyo y de comunicarse, de tacto, de compañía, de ser respetado y comprendido, de encontrarse en un ambiente confortable, cercano a la naturaleza y rodeado de actitud positiva, de practicar la religión, las creencias y la fe y la necesidad de mantener la paz interior y la esperanza, entre otros. Es por ello por lo que la figura de la enfermera se convierte en una pieza clave en la valoración, evaluación y satisfacción de las necesidades espirituales emergentes.

Como se puede observar a lo largo de la presente revisión de la literatura, existen multitud de escalas y herramientas que pueden resultar útiles en la valoración de dichas necesidades espirituales, complementándose con la entrevista clínica y la observación. Estas escalas, para ser válidas y considerarse instrumentos eficaces para poder evaluar dichas necesidades, deben demostrar su validez y/o confiabilidad.

Al mismo tiempo, también se pueden realizar diversas intervenciones que favorezcan la expresión de los sentimientos, inquietudes y emociones, que fomenten el amor y la cercanía con los otros y que ayuden a encontrar un sentido a su vida. Algunas de estas intervenciones son el counselling, la arteterapia, la danza, la música o la literatura, las terapias al aire libre, en espacios verdes y usando la energía del agua y el sol, la aromaterapia o terapias de biocampo como son el tacto terapéutico, tacto curativo y Reiki y otras terapias como el yoga, el masaje y la meditación guiada.

Efectivamente, para que las necesidades espirituales sean satisfechas debe realizarse una valoración exhaustiva de las mismas y elegir las intervenciones que mejor se ajusten para ello. Sin embargo, se han encontrado ciertas dificultades por parte del colectivo enfermero para realizar esta tarea, entre ellas el miedo, la inseguridad, la falta de recursos o el desconocimiento propio. Se ha visto, por lo tanto, que es necesaria la formación de los profesionales y futuros enfermeros, brindándoles la confianza y los recursos suficientes para lograr la satisfacción de las necesidades espirituales que experimente cada ser humano.

6. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Jenner CA. The art of nursing: a concept analysis. Nurs Forum. 1997; 32 (4): 5-11.
- [2] Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20 (4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- [3] McEvoy L, Duffy A. Holistic practice. A concept analysis. Nurse Educ Pract. 2008; 8: 412-419. Disponible en: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(08\)00019-X/pdf](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(08)00019-X/pdf)
- [4] Mijangos-Fuentes KI. El paradigma holístico de la Enfermería. Salud y Administración. 2014; 1 (2): 17-22. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
- [5] Vega P, Rivera MS. Cuidado holístico, ¿mito o realidad? Horiz Enferm. 2009; 20 (1): 81-86. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf
- [6] Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. Int Nurs Rev. 2014; 61: 211–219.
- [7] Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Una introducción y una propuesta. 1ª ed. Madrid: Arán; 2008.
- [8] Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>
- [9] Bermejo JC. Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. 1ª ed. Santander: Sal Terrae; 2009.
- [10] Baldacchino D. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. J Adv Nurs. 2001; 34(6): 833-841.
- [11] Johnson CP. Assessment tools: are they an effective approach to implementing spiritual health care within the NHS?. Accident and Emergency Nursing. 2001; 9: 177-186.
- [12] NNNConsult [sede web]. Barcelona: Elsevier España. Taxonomías NANDA, NOC, NIC, 2018-2020. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
- [13] Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 8ª ed. España: Elsevier; 2014.
- [14] Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. Nurs Forum. 2016; 51 (2): 79-96.
- [15] Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres y hombres en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017. Disponible en:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDealleGratuitas

[16] Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007. Disponible en:

<http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>

[17] Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados Paliativos [sede web]. Centro de prensa; 2017 [actualizada en 2018; acceso 27 de enero de 2018]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

[18] Monareng LV. Spiritual nursing care: a concept analysis. *Curationis*. 2012; 35 (1): 1-9.

[19] Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002; 39 (5): 500–509.

[20] Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Evidence-based nursing. An introduction. *Nurs Stand*. Oxford: 2008.

[21] Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2ª edición. China: 2011. Disponible en: <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>

[22] Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide. 3ª edición. Open University Press. Londres: 2014.

[23] Barderas A, Estrada JM, González T. Estrategias para la búsqueda bibliográfica de información científica. *Educare21*. 2009; 55. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/casosclnicos/index.php?Mg%3D%3D&MTc5&Mzg%3D>

[24] Cano A, González T, Cabello JB. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8. Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=

[25] Milligan S. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nurs Stand*. 2011; 26 (4): 47-56. Disponible en:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=bb2a35cf-6361-4052-9912-5f76e981df51%40sessionmgr4008>

[26] Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, *et al*. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. *J. res:fundam care online*. 2017; 9 (3): 705-716.

- [27] Hermann CP. Spiritual Needs of Dying Patients: A Qualitative Study. ONF. 2001; 28 (1): 67-72. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=bb2a35cf-6361-4052-9912-5f76e981df51%40sessionmgr4008>
- [28] Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. J Nurs Manag. 2015; 23: 87-95.
- [29] Hatamipour, *et al.* Spiritual Needs of Cancer Patients: A Qualitative Study. Indian J Palliat Care. 2015; 21 (1): 61-67.
- [30] Morillo MS *et al.* Estudio descriptivo de las necesidades espirituales en pacientes oncológicos paliativos terminales. Ética de los Cuidados. 2013; 6 (11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8039.php>
- [31] Ku YL, Kuo SM, Yao CY. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. Int J Palliat Nurs. 2010; 16 (3): 133-137.
- [32] Monod S, *et al.* Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized patients. BMC Geriatrics. 2012; 12 (13): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3368768/>
- [33] Sharma RK, *et al.* The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. J Pain Symptom Manage. 2012; 44 (1): 44-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22658473>
- [34] Freitas EO, *et al.* Tradução e adaptação transcultural do instrumento "Spiritual Assessment Scale" no Brasil. O Mundo da Saúde. 2013; 37 (4): 401-410. Disponible en: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A04.pdf
- [35] Vargas-Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. Rev Colomb. Enferm. 2015; 11 (10): 34-44.
- [36] Lin YL *et al.* Development and validation of the Chinese Version of Spiritual Interests Related Illness Tool for patients with cancer in Taiwan. Eur Journal Oncol Nurs. 2015; 19: 589-594. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25882548>
- [37] Chaves ECL, *et al.* Eficacia de diferentes instrumentos para la atribución del diagnóstico de enfermería: sufrimiento espiritual. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19 (4): 1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_08.pdf
- [38] Blaber M, Jones J, Willis D. -Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings?. Int J of Palliat Nurs. 2015; 21 (9): 430-438.

- [39] Rudilla D, *et al.* Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobre la intervención con "counselling". *Psychosocial Intervention*. 2015; 24: 79-82. Disponible en: <http://psychosocial-intervention.elsevier.es/es/espiritualidad-atencion-paliativa-evidencias-sobre/articulo/S1132055915000198/#.WuhC1C8ryfU>
- [40] Collette N. Hasta llegar, la vida. Arteterapia y cáncer en fase terminal. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2006; 1: 149-159. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/ARTE0606110149A/9077>
- [41] Panhofer H, Mac Donald J. Moviéndonos hacia el final de nuestros días. Cuidados paliativos a través de la Danza Movimiento Terapia. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 2015; 10: 51-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5584553>
- [42] Makowski SK, Epstein RM. Turning toward dissonance: lessons from art, music, and literature. *J Pain Symptom Manage*. 2012; 43 (2): 293-298. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22248788>
- [43] Nakau M, *et al.* Spiritual care of cancer patients by integrated medicine in urban green space: a pilot study. *Explore*. 2013; 9 (2): 87-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452710>
- [44] Saz-Peiró P, Saz Tejero S. Tierra, sol, agua y aire: aplicaciones terapéuticas en el paciente oncológico. *Medicina Naturista*. 2014; 8 (1): 4-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/354817>
- [45] Leyva-Moral JM. Eficacia de la aromaterapia como analgésico en cuidados paliativos. Una revisión de evidencias. *Evidentia*. 2007; 4 (16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/347articulo.php>
- [46] Henneghan AM, Schnyer RN. Biofield therapies for symptom management in palliative and end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015; 32 (1): 90-100.
- [47] Van Uden-Kraan CF, *et al.* Cancer patients' experiences with and perceived outcomes of yoga: results from focus groups. *Support Care Cancer*. 2013; 21: 1861-1870. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23400315>
- [48] Downey L, *et al.* Might massage or guided meditation provide "means to a better end"? Primary outcomes from an efficacy trial with patients at the end of life. *J Palliat Care*. 2009; 25 (2): 100-108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2858762/>

7. ANEXOS

Anexo 1. TÉRMINOS EN LENGUAJE DOCUMENTAL.

TÉRMINOS	BASES DE DATOS		PUBMED	CINAHL	CUIDEN
	SINÓNIMOS		MeSH	Cinhal subheadings	DeCS
Cuidado espiritual (spiritual care)	Espiritualidad Necesidad espiritual Holismo Terapias espirituales Terapias mente-cuerpo	Spirituality Spiritual need Holism Spiritual therapies Mind-body therapies	Holistic nursing Spirituality Hospice care Spiritual therapies Mind-body therapies Needs assessment	Spiritual care Spiritual healing Spirituality Holistic nursing Alternative therapies Mind-body techniques	Espiritualidad Holismo Necesidades espirituales
Transcendencia (transcendence)	Más allá Intangibilidad Superación Superioridad (ser superior) Resiliencia	Beyond Intangibility Overcoming Superiority Resilience	Resilience psychology	Self transcendence	Resiliencia
Sufrimiento espiritual (spiritual suffering)	Malestar Padecimiento Dolor (emocional) Angustia Experiencia de vida	Discomfort Suffering Emotional pain Anguish Life experience	Psychological stress Life change events	Spiritual distress (NANDA) Life change events	Sufrimiento Estrés
Calidad de vida (quality of life)	Bienestar (físico, social, emocional, espiritual)	Physical, social, emotional, spiritual well-being	Quality of life Well-being	Spiritual well-being (Iowa NOC) Quality of life	Calidad de vida Bienestar espiritual
Muerte digna (dignified dead)	Cuidados paliativos Apoyo espiritual	Palliative care Spiritual support	Palliative care Terminal care Hospice care	Spiritual support (Iowa NIC) Palliative care	Cuidados paliativos
Estudios cualitativos (qualitative studies)	Estudios fenomenológicos, entrevistas...	Phenomenological studies, interviews...	Qualitative research Nursing research Interview	Qualitative studies Nursing research Nursing care studies	Análisis cualitativo

Anexo 2. SENTENCIAS DE BÚSQUEDA EN LAS BASES DE DATOS.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº de referencias obtenidas	Lectura de título y resumen	Acceso a free full text	Lectura crítica	Total final
PubMed	"Palliative care"[mesh] AND Spiritual needs (Titles with your search terms)	9	0	0	0	0
	"Spirituality"[Mesh] AND "Needs assessment"[Mesh]	144	4	3	4	4
	"Spiritual therapies"[Mesh] AND "Hospice care"[Mesh]	24	2	2	1	1
	"Spiritual therapies"[Mesh] AND "Palliative care"[Mesh]	86	5	5	4	4
CINAHL	Palliative care AND Spiritual needs	243	5	5	4	4
	Needs assessment AND spirituality	143	1	0	1	1
	Mind body techniques AND Palliative care	19	0	0	0	0
CUIDEN	[cla="Necesidades espirituales"] and [cla="Cuidados paliativos"]	12	2	2	2	2
	[cla="Evaluación"] and [cla="Espiritualidad"]	31	4	4	3	3
	[cla="Terapias"] and [cla="Cuidados paliativos"]	18	3	2	2	2
Dialnet	Necesidades espirituales AND Enfermería	42	1	1	0	0
	Evaluación AND Necesidades espirituales	28	1	1	0	0
	Terapias AND Cuidados paliativos	51	4	4	3	3
Total		850	32	29	24	24

Anexo 3. EJEMPLO DE LECTURA CRÍTICA.

Van Uden-Kraan CF, Chinapaw MJ, Drossaert CH, Verdonck-de Leeuw IM, Buffart LM. *Cancer patients' experiences with and perceived outcomes of yoga: results from focus groups.*

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? → SÍ

En primer lugar, queda implícita la pregunta de investigación en el objetivo del trabajo. Los autores se proponen como objetivo explorar los motivos que invitan a los pacientes oncológicos a practicar yoga, su experiencia al realizarlo y los resultados tanto físicos como psicosociales obtenidos. Estos justifican la pertinencia del estudio haciendo referencia a la afectación del cáncer sobre la esfera física y psicosocial del individuo, disminuyendo así su calidad de vida. Ambas esferas deben ser incorporadas en los programas de rehabilitación y los cuidados de apoyo. Proponen el yoga como un ejemplo ideal, pues es un ejercicio que trabaja la mente y el cuerpo mediante poses, respiración y meditación, superando las barreras que muchos pacientes perciben para realizar ejercicio (incomodidad física, malestar, fatiga...). Sin embargo, a pesar de que se explica en qué consiste el yoga, no se hace referencia al cáncer, al igual que tampoco se exponen datos epidemiológicos (incidencia, prevalencia) de la enfermedad y el yoga, ni se refuerza sobre un marco teórico...

2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? → SÍ

Puesto que el objetivo de estudio es explorar las experiencias subjetivas de los pacientes con cáncer y los resultados correspondientes al realizar yoga, la metodología cualitativa sería la adecuada, ya que esta misma tiene como objetivo conocer la subjetividad de los individuos, encontrando la realidad en las vivencias de las personas. Para conseguir una comprensión profunda de la experiencia de estos pacientes es necesaria la metodología cualitativa.

3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? → NO SÉ

Se podría intuir que por la naturaleza de la pregunta de investigación u objetivo planteado y por el método de análisis de los datos, la metodología de investigación se enfoque desde la perspectiva fenomenológica, sin embargo, los autores no dejan constancia de ello ni se encuentran citas bibliográficas específicas de este método.

4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? → NO

Los participantes se obtuvieron mediante invitación a todos aquellos que salían de las clases de yoga para pacientes con cáncer que impartían 3 instructores en los Países Bajos. Aunque no detallan criterios de inclusión, sí indican que no se formularon criterios de exclusión, participando finalmente 25 mujeres y 4 hombres, lo que hace una muestra total de 29 pacientes. Además, los autores no justifican que esa muestra seleccionada sea la más adecuada para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. Tampoco explican minuciosamente quién, cómo y dónde se convocó a los participantes.

5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado? → SÍ

Después de una de las clases de yoga se les pidió que participasen en las entrevistas de grupos focales, las cuales fueron conducidas por un moderador junto con un observador. Refieren haber empleado este método de grupos focales por tener la ventaja de promover interacciones sociales entre los participantes. Se utilizó una guía de preguntas semi-estructurada durante las sesiones que comprendía tres temas principales (motivación, experiencia y resultados) con varias preguntas clave, la cual se incorpora en el artículo. Los grupos focales fueron grabados

en audio con consentimiento previo de los participantes y transcritos textualmente. No se modificó la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y los investigadores no refieren si alcanzaron la saturación de datos. Por tanto, hay ciertos aspectos metodológicos que no se detallan del todo.

6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)? → NO

En el presente estudio no se hace referencia a una reflexión por parte de los autores sobre los objetivos del estudio, puesto que no han examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación y no reflejan y justifican cambios conceptuales y metodológicos.

7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? → NO SÉ

Aunque no se informa de si los participantes firmaron un consentimiento informado, se explica que al comienzo de cada grupo focal los participantes fueron informados sobre el propósito y el procedimiento del estudio e, igualmente, las entrevistas se grabaron en audio con el consentimiento previo de todos los participantes. Sin embargo, no se explica si se aseguró la confidencialidad de los datos ni si algún comité ético aprobó dicho estudio. Tampoco se hace referencia a aspectos relacionados con la vulnerabilidad emocional que puede provocar este estudio en los participantes.

B/ ¿Cuáles son los resultados?

8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso? → NO SÉ

No hay una descripción detallada del tipo de análisis de los datos aunque sí se detalla el proceso por el que son analizados. Estos fueron analizados por dos codificadores que seleccionaron y codificaron de forma independiente los motivos para practicar yoga y las citas sobre las experiencias y los resultados. Posteriormente, ambos se reunieron para discutir sus hallazgos y resolver las diferencias. Por último, se definieron los temas clave. Por otro lado, es cierto que se presentan fragmentos originales de discurso significativos para ilustrar los resultados pero no se referencia su procedencia. Aparentemente, el investigador no examina de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.

9 ¿Es clara la exposición de los resultados? → SÍ

Los resultados recogidos y expuestos se corresponden con el objetivo propuesto y dan respuesta a la pregunta de investigación. Al tratarse de un estudio cualitativo, los resultados, es decir, la experiencia, se recogieron de forma narrativa. En la Tabla 3 se describen de forma resumida los motivos, la experiencia y los resultados de practicar yoga en los participantes. Los resultados se exponen de forma estructurada, detallada y comprensible y, además, se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de otras investigaciones. Al mismo tiempo, se reflexiona sobre las limitaciones y fortalezas del estudio.

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación? → NO SÉ

Este estudio cualitativo mostró que la práctica de yoga favorece una amplia gama de experiencias y resultados entre pacientes con cáncer, que incluyen un aumento de la condición física, reducción de síntomas físicos, aumento de la fortaleza mental y resistencia, mejor adaptación, relajación y felicidad. Sin embargo, se afirma que es necesaria más investigación estructural para identificar qué programa de rehabilitación o de cuidados de apoyo se adapta mejor a cada paciente de manera individual, al igual que estudiar para quién es apropiado y beneficioso el yoga y para quién no. Por último, aparentemente, el investigador no reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.

Anexo 4. PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA.

Referencia	Año	Lugar	Diseño o metodología	Muestra	Resultados
Hermann CP	2001	Sureste EEUU	Estudio descriptivo, cualitativo	19 pacientes de hospicio (10 mujeres, 9 hombres), edad promedio de 72 años	<ul style="list-style-type: none"> - La espiritualidad forma parte de la existencia del individuo y no sólo se relaciona con Dios o la religión. - Las necesidades espirituales se relacionan con el sentido y el significado vital. Se agrupan en: necesidad de religión, de compañía, de participación y control, de negocio, de experimentar la naturaleza y de actitud positiva.
Milligan S	2011	Ardgowan Hospice, Greenock, UK	Revisión narrativa	-	<ul style="list-style-type: none"> - La espiritualidad es única para cada individuo. - No se debería asumir que toda persona con una limitación para la vida presenta necesidades espirituales. - La enfermera debe desarrollar habilidades de comunicación y saber “estar ahí”, acompañar para satisfacer las necesidades de cada paciente.
Morillo MS <i>et al.</i>	2013	Sevilla, España	Estudio descriptivo	16 pacientes ingresados, edad promedio de 61 años	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes consideran importante tener fe en Dios o en un Ser supremo y recibir apoyo de un guía espiritual. - En esta etapa de la vida se plantean preguntas o cuestiones que anteriormente se evitan por desconocimiento o miedo. - El ser humano es espiritual y trascendente, por lo que se debe abordar la espiritualidad de forma profunda e intensa.
Hatamipour, <i>et al.</i>	2015	Teherán, Irán	Estudio cualitativo	18 pacientes ingresados	<ul style="list-style-type: none"> - Se resumen las necesidades espirituales en 4 bloques: conexión (apoyo social, comportamiento normal), paz (paz interior, perdón, esperanza), significado y propósito (aceptación de la realidad, final próspero, cambio de significado en la vida) y trascendencia (fortalecimiento de la creencia espiritual, comunicación con Dios y oración).

Ross L, Austin J	2015	Sur de Gales, UK	Estudio cualitativo	16 pacientes (9 hombres, 7 mujeres), edad promedio de 73 años	<ul style="list-style-type: none"> - Las necesidades engloban aspectos como el amor y la pertenencia, la esperanza y el espíritu de afrontamiento, el significado y propósito, la fe, las creencias... - Expresan necesitar tener a alguien con quien hablar sobre la existencia, la muerte y el más allá. Se valoraría un servicio de visitas domiciliarias de apoyo espiritual.
Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arrieira ICO, <i>et al.</i>	2017	Pelotas, Brasil	Estudio de caso, cualitativo y descriptivo	5 personas (4 hombres, 1 mujer) pertenecientes al Programa Interdisciplinario de Hospitalización en el Hogar (PIDH)	<ul style="list-style-type: none"> - Afirman que el ser humano presenta necesidades emocionales, sociales, físicas y espirituales. - Las personas recurren a la espiritualidad y religiosidad en momentos de sufrimiento, desarrollando una fuerza mayor que conduce a un camino de esperanza. - Expresan la necesidad de hablar de sus sentimientos, necesidad de amor, de tacto, de compañía.
Ku YL, Kuo SM, Yao CY	2010	Taiwán	Estudio de validación de escala (a raíz de un estudio cualitativo)	85 pacientes (57 hombres, 28 mujeres), edad promedio de 46 años	<ul style="list-style-type: none"> - La Spiritual Distress Scale (SDS) analiza 4 factores: relación con uno mismo, relación con otros, relación con Dios y actitud hacia la muerte. Se demostró su validez. - La SDS presenta una perspectiva holística considerando la relación de la persona con los demás, lo cual le hace única. Se argumenta la necesidad de sentirse valioso para alguien.
Chaves ECL, <i>et al.</i>	2011	Brasil	Estudio descriptivo, abordaje cuantitativo	120 pacientes, edad promedio de 53 años	<ul style="list-style-type: none"> - Se demostró la eficacia de la Escala de Espiritualidad de Pinto y Pais-Ribeiro y la Escala de Bienestar Espiritual para determinar el diagnóstico NANDA "Sufrimiento espiritual". - Se muestra una concordancia entre la evaluación de las escalas, el diagnóstico enfermero y la opinión del paciente. - Muchos pacientes se muestran reacios a hablar sobre su espiritualidad, lo cual enfatiza el establecimiento de la relación terapéutica y habilidades de comunicación.
Monod S, <i>et al.</i>	2012	Suiza	Estudio de validación de escala	203 pacientes, edad promedio de 65 años	<ul style="list-style-type: none"> - Algunos pacientes informaron que presentaban al menos una necesidad espiritual insatisfecha. - Se comprobó que la Spiritual Distress Assessment Tool

					(SDAT) presenta propiedades psicométricas aceptables y parece ser una herramienta confiable para valorar la espiritualidad en pacientes ancianos hospitalizados.
Sharma RK, <i>et al.</i>	2012	Bay Ridge, Brooklyn, New York	Estudio de desarrollo y validación de escala	47 pacientes, edad promedio de 55 años	<ul style="list-style-type: none"> - El Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) valora las necesidades psicosociales, espirituales y religiosas. - Un 19% refería querer ayuda para satisfacer sus necesidades espirituales. - En una primera instancia se evidencia la validez y confiabilidad del SNAP para medir la espiritualidad.
Freitas EO, <i>et al.</i>	2013	São Paulo, Brasil	Estudio de validación de escala	6 expertos y 11 pacientes ingresados	<ul style="list-style-type: none"> - Se confirmó una confiabilidad aceptable de la Spiritual Assessment Scale (SAS). - La mayoría de los aspectos que interrogan las necesidades espirituales de los pacientes tiene que ver con cuestiones religiosas (Dios, prácticas religiosas, la Iglesia, etc)
Vargas-Escobar LM	2015	Colombia	Estudio de validación de escala	Diferente según el tipo de validez estudiada	<ul style="list-style-type: none"> - Se demostró la validez de la versión española de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual en la percepción de la espiritualidad desde la Enfermería. - 60,5% de los enfermeros manifiesta no haber recibido formación en el ámbito espiritual, lo que demuestra la necesidad de capacitación y educación del personal.
Lin YL <i>et al.</i>	2015	Taiwán	Estudio de desarrollo y validación de escala	260 pacientes, edad promedio de 56 años	<ul style="list-style-type: none"> - Se verificó la validez de la versión china de la Spiritual Interest Related Illness Tool para evaluar las necesidades espirituales, las cuales se abordan en 5 bloques: creencias/religión, actitud positiva frente a la vida, dar y recibir amor de otros, buscar significado a la vida y paz. - La población taiwanesa asocia mayoritariamente la espiritualidad con la práctica religiosa.
Blaber M, Jones J, Willis D	2015	Birmingham, UK	Revisión narrativa	-	<ul style="list-style-type: none"> - Parece que la herramienta HOPE es la más adecuada, sin embargo, solo FICA está validada. - El uso de instrumentos estructurados puede reducir la

					complejidad de la espiritualidad a un modelo único, rechazando su propia subjetividad. Escuchar al paciente y establecer conexión con él resulta muy importante.
Collette N	2006	Barcelona, España	Estudio experimental	No se especifica	<ul style="list-style-type: none"> - La arteterapia posibilita la expresión y comunicación de los sentimientos o emociones de la persona mediante lenguaje no verbal. Esto puede facilitar el enfrentamiento del paciente al sufrimiento ante la cercanía de la muerte. - Los pacientes y familiares agradecen esta actividad.
Leyva-Moral JM	2007	Barcelona, España	Revisión narrativa	5 estudios	<ul style="list-style-type: none"> - La aromaterapia resulta eficaz como analgésico en cuidados paliativos y mejora la calidad de vida de la persona facilitando el sueño, disminuyendo la tensión, el estrés emocional, las náuseas... - Esta terapia, asociada al masaje, resulta beneficiosa para el paciente mejorando síntomas físicos y psíquicos.
Downey L, <i>et al.</i>	2009	Seattle, Washington, EEUU	Ensayo controlado aleatorizado	167 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - El masaje o la meditación guiada resultaron de igual beneficio que recibir atención psicosocial a pacientes y familiares. No se obtienen resultados significativos de la eficacia de estas terapias.
Makowski SK, Epstein RM	2012	Massachusetts, EEUU	Revisión narrativa	-	<ul style="list-style-type: none"> - La tendencia del ser humano es escapar o evitar aquellas situaciones de disonancia, tensión o conflicto. - Estar ahí significa acompañar en esas situaciones de disonancia y dar la bienvenida a los “visitantes” sin miedo. - El arte, la música y la literatura se pueden utilizar como medios para “estar ahí” cuando reina el sufrimiento.
Nakau M, <i>et al.</i>	2013	Osaka, Japón	Informe breve	22 pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Las terapias en espacios verdes (forestal, horticultura, yoga...) mejoraron el bienestar espiritual y el bienestar psicológico. Aumentó la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la fatiga derivada de la enfermedad e incrementando la función inmune.
Van Uden-Kraan	2013	Amsterdam,	Estudio	29 pacientes (25	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes percibieron beneficios físicos y psicosociales

CF, <i>et al.</i>		the Netherlands, Países Bajos	cualitativo	mujeres, 4 hombres), edad promedio de 54 años	al practicar yoga. La mejora de la condición física, mental y la resiliencia, el aumento de la capacidad de afrontamiento y una mayor relajación y felicidad fueron experiencias frecuentes de estas personas. Recuperaron la conciencia del cuerpo, elevaron la atención al yo interior y disfrutaron.
Saz-Peiró P, Saz Tejero S	2014	España	Revisión narrativa	-	<ul style="list-style-type: none"> - La hidroterapia, la balneoterapia y la helioterapia reflejaron la importancia del medio ambiente y la naturaleza para las personas enfermas y/o al final de la vida. -La hidroterapia mejora estados de insomnio o estreñimiento de los pacientes, su sistema inmunológico y supervivencia. - La balneoterapia mejora la frecuencia cardíaca, circulación sanguínea y fuerza y disminuye el dolor y la fatiga. - La helioterapia protege el sistema inmune del paciente previniéndolo de enfermedades como el cáncer.
Rudilla D, <i>et al.</i>	2015	Valencia, España	Estudio cualitativo	131 pacientes ingresados, edad promedio de 70 años	- El <i>counselling</i> es visto como una psicoterapia óptima para valorar y responder ante las necesidades y recursos espirituales de los pacientes, pues se le ayuda a identificar preocupaciones y temores, al mismo tiempo que se le enseña a priorizar e identificar recursos personales para abordarlos.
Panhofer H, Mac Donald J	2015	Inglaterra	Revisión narrativa + Estudio cualitativo	No especifica	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañar y ofrecer canales de comunicación y auto-valoración (como es la danza) al paciente facilita el enfrentamiento a la soledad y angustia ante a la muerte. - Se invita a soltar la tensión y permitir al cuerpo sostener el dolor para utilizarlo con otros objetivos.
Henneghan AM, Schnyer RN	2015	Austin, Texas, EEUU	Revisión narrativa	30 publicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Las terapias de biocampo como son el tacto terapéutico, el tacto curativo y el Reiki aportan beneficios al paciente: mejora el tratamiento del dolor, ayuda a controlar el distress emocional, reduce la ansiedad e incrementa la relajación, lo cual se traduce en un aumento de calidad de vida. - Se necesita más investigación/evidencia sobre los estudios.

Anexo 5. PLANTILLA DE DISEÑO DE CASOS PARA SIMULACIONES DE PACIENTE DE ALTA FIDELIDAD (MÁSCARAS DE SILICONA).

DATOS BÁSICOS

TÍTULO DEL CASO: El acompañamiento espiritual en pacientes ingresados en cuidados paliativos
FECHA: 10 de mayo de 2018
ESTUDIANTES DESTINATARIOS: Estudiantes en el contexto de realización del Trabajo Fin de Grado (TFG) y finalización del Grado
CURSO: 4º
DISCIPLINA: Enfermería

TIEMPO ESTIMADO DE SIMULACIÓN: 15´
LOCALIZACIÓN: Sala de habilidades clínicas II

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE/USUARIO

NOMBRE: Pedro
GÉNERO: Masculino
EDAD: 77 años
FECHA DE ADMISIÓN: 7 de marzo de 2018
FECHA ACTUAL: 10 de mayo de 2018
ANTECEDENTES DE INTERÉS: Hipertensión (HTA) 2008, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 2010, Cáncer de pulmón 2014.
Intervenciones quirúrgicas: sin interés.

ENFERMEDAD ACTUAL O MOTIVO DE LA DEMANDA DE CUIDADO:

-Diagnóstico médico principal: carcinoma de pulmón con inicio de metástasis.
-Diagnósticos de enfermería primarios: Deterioro de la movilidad física, Sufrimiento espiritual.

HISTORIA SOCIAL: Pedro es un hombre de 77 años que vivía sólo en un pueblo de manera independiente hasta hace un año, cuando tuvo que trasladarse a una residencia. Desde su juventud ha trabajado en el campo, rodeado de la naturaleza. Su mujer falleció hace 4 años y, al poco tiempo, le diagnosticaron cáncer de pulmón. Tiene una hija que le visita dos veces al mes, ya que comenta que suele estar ocupada porque tiene hijos pequeños que atender. En la residencia estableció alguna amistad, pero en muchas ocasiones afirma sentirse sólo. En el momento del diagnóstico experimentó gran rechazo y desconcierto, siendo difícil para él la aceptación de la enfermedad. Hace dos meses tuvo que ingresar en la Unidad de Cuidados Paliativos por dificultad respiratoria y empeoramiento de la enfermedad. En la actualidad, se acaba de detectar una metástasis del tumor y Pedro se encuentra más decaído de lo habitual, experimentando un mayor sentimiento de soledad, cuestionándose el sentido de su vida y preguntándose por su muerte.

DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO CLÍNICO EN EL QUE VA A DESARROLLAR LA ACCIÓN

La acción se desarrollará en una sala de habilidades simulando la habitación de una Unidad de hospitalización. La habitación está compuesta por una cama, donde se encontrará el paciente; junto a esta se situará una mesilla de noche y, al otro lado de la puerta, se encontrará otra mesa para el uso del personal sanitario. En la mesilla de noche Pedro tendrá presente una foto de su mujer, un vaso de agua, sus gafas, un paquete de pañuelos y otros utensilios de carácter personal. En la otra mesa, se encontrará material para curas simples, antiséptico para piel, suero fisiológico, un contenedor para objetos punzantes y otro tipo de fungible a disposición del personal sanitario. Al mismo tiempo, se situará una banqueta a pie de cama del paciente y la habitación estará decorada con una planta, como símil de naturaleza en el entorno.

ELEMENTO CLAVE DEL PROCESO

Pedro se realiza preguntas sobre el sentido de su existencia, la vida y la muerte y siente la necesidad y la capacidad de compartirlo con la enfermera para satisfacer sus necesidades espirituales.

SITUACIONES DE DIFICULTAD EN LA EVOLUCIÓN DEL CASO

Las situaciones de dificultad emergieron de la propia situación que experimentó el paciente, surgiendo la necesidad de cuidar el jardín del hospital para sentirse de utilidad, la necesidad de despedirse de sus nietas, su hija y su perro y la necesidad de compartir una lectura y reflexionar sobre ella.

Nº DE PARTICIPANTES Y ROLES

PACIENTE: Profesora dentro de la máscara.
CLÍNICO: Estudiante.

DATOS DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES NECESARIOS PARA PODER RESOLVER BIEN LA SITUACIÓN

- Patrón 1: Percepción de la salud.

Pedro no presenta alergias a algún medicamento. Presenta antecedentes de hipertensión, la cual controla con la correcta administración de la medicación (Enalapril 5mg). Siempre ha acudido periódicamente a sus citas para controles médicos, realizándose también un seguimiento desde la residencia. Es consciente de su enfermedad y la complejidad de tratamiento; de hecho, ha sido recientemente informado de la metástasis del tumor.

- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

El paciente refiere una disminución en el apetito desde varios meses atrás, lo cual ha causado una disminución notable del peso. Durante estos dos últimos meses de ingreso ha mantenido una dieta basal sin sal que incluyen alimentos de todo tipo: legumbres, vegetales, frutas, proteínas... Últimamente presenta mayor dificultad para masticar y deglutir y, en ocasiones, ha precisado ayuda para la ingestión. No presenta intolerancias ni alergias alimentarias.

- Patrón 3: Eliminación.

Pedro presenta un patrón habitual de eliminación similar al que mantenía anteriormente. Sin embargo, presenta ligera incontinencia urinaria de manera puntual, mientras que el patrón intestinal es adecuado, pudiendo realizar sus necesidades cada día. No ha precisado ayuda para la eliminación urinaria o intestinal pero, de vez en cuando, precisa un laxante debido a la dificultad al movimiento.

- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

El paciente siempre ha presentado capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria pero, a medida que se ha desarrollado el tumor ha ido perdiendo esa capacidad, precisando ayuda para comer, asearse y arreglarse. Debido al aumento de la disnea, cada vez se ha visto más limitada su movilidad, pasando de ser una persona que trabajaba en el campo a mantener reposo en la cama y el sillón.

- Patrón 5: Sueño - Descanso.

El paciente en su vida diaria no ha presentado problemas para dormir ni ha precisado medicación para ello pero, en los últimos meses y a causa de la dificultad respiratoria, su patrón habitual se ha visto desfavorecido aumentando el nivel de fatiga, debiendo adaptar la inclinación del cabecero, entre otros.

- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.

Pedro usa gafas, sin embargo no presenta problemas auditivos. Es capaz de comunicarse con los demás mediante lengua verbal y no verbal. De la misma manera, recientemente la comunicación verbal se ha vuelto más compleja por la patología respiratoria, aunque es capaz de expresarse. No refiere un dolor localizado, pero sí malestar general.

- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.

En los últimos días, el estado de ánimo de Pedro es más pesimista, menos esperanzador y más ansioso. Su actitud deja pensar que prefiere no compartir sus emociones con los demás, cohibirse y reservarse su angustia. A menudo adopta una postura más o menos fija en la cama, con movimientos ansiosos e incluso evitando el contacto ocular.

- Patrón 8: Rol - Relaciones.

Pedro dejó de trabajar definitivamente hace varios años desde el fallecimiento de su mujer. Habituaban a pasear por el campo, cuidando de los animales y arreglando el jardín de su casa. Presenta una hija y tres nietos, de los cuales no ha podido disfrutar verdaderamente. Cada vez es mayor el sentimiento de soledad que experimenta, pues no tiene familia o amigos que le acompañen en su día a día.

- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

No procede.

- Patrón 10: Tolerancia al estrés.

El nivel de estrés y ansiedad que presenta Pedro ha aumentado desde el diagnóstico, percibiendo, en ocasiones, una pérdida de control sobre los acontecimientos que le suceden. Ha disminuido su capacidad de afrontamiento a los problemas y situaciones estresantes. Lo que más le gratifica a día de hoy es la sensación de apoyo que recibe por las personas del entorno.

- Patrón 11: Valores - Creencias.

Pedro se encuentra en una situación de sufrimiento espiritual, en la que está confuso y en conflicto con su “yo interior”. No es una persona creyente, sin embargo, comienzan a surgirle preguntas sobre el sentido de su existencia, la vida y la muerte, las cuales dan cuenta de las necesidades espirituales que presenta.

Anexo 6. DVD ADJUNTO DEL VÍDEO DE LA SIMULACIÓN.